Rok LV. Kraków, 15. września 1916. Nr 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, WYDAWANY PRZY POPARCIU GRONA LEKARZY Z KRAKOWA I Z GALICYI, CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych i zakaźnych c. i k. wojennego szpitala w Bernie morawskiem.

W sprawie leczenia tężca siarczanem magnowym.

podał

Dr Lesław Węgrzynowski

asystent kliniki lek. Wszechnicy lw., obecnie lekarz naczelny oddziału.

Wobec pojawiających się w ostatnim czasie w piśmiennictwie doniesień o leczeniu tężca siarczanem magnowym (z polskiego piśmiennictwa Radliński, Przegl. lek. Nr 2. 1915), w których to pracach różni autorowie podają częstokroć wyniki wprost przeciwne, stosując najrozmaitsze dawki tego środka, uważam za konieczne zdać sprawę z przypadków tej sprawy chorobowej, spostrzeganych na moim oddziale.

Na ogólną liczbę chorych od czasu otwarcia naszego zakładu d. 19. V. do końca roku 1915 7182, z tego chirurgicznych 4224, spostrzegaliśmy tężec w 8 przypadkach. Zauważyć należy, że chorych naszych przeważnie przywożono pociągami sanitarnymi wprost z pola walki, częstokroć po krótkim kilkodniowym pobycie w szpitalu polowym; materyał więc był dość świeży.

Idąc za radą szeregu autorów, zastosowałem kombinowane leczenie, — t. j. spokój, środek narkotyczny oraz surowicę przeciwtężcową.

W pierwszym rzędzie stosowałem usunięcie wszelkich bodźców zewnętrznych przez odosobnienie w zaciemnionym pokoju, następnie podawanie znacznych ilości chloralu (6—8gr dziennie) i ciągle wzrastające ilości morfiny. Co do surowicy, to w przypadku II (patrz zestawienie poniżej) zastosowano wstrzykiwanie śródtorebkowe w nerw kulszowy po odsłonięciu nerwu (prof. Rydygier) 100 I. E. surowicy oraz 100 I. E. podskórnie, następnie stale codzień podskórnie 100 I. E. w ciągu sześciu dni.

W przypadkach pierwszym, trzecim, czwartym i piątym stosowaliśmy tylko w ciągu pięciu do sześciu dni po 100 I. E., następnie w przypadku szóstym przeszliśmy do wstrzykiwań śródżylnych przez tyleż dni po 100 I. E. W ostatnich zaś dwóch przypadkach wstrzyknęliśmy surowicę do kanału kręgowego.

Powody, dla których odstąpiliśmy od wstrzykiwań podskórnych, a potem i śródżylnych, są następujace: Działanie surowicy przeciwtężcowej, podanej podskórnie, wobec mechanizmu i ścisłego łączenia się z substancyą nerwową, jest więcej niż wątpliwe. Nieco więcej spodziewać się możemy od wprowadzenia antytoksyny do obiegu krwi. Najsilniejszego działania oczekiwać należy po zastosowaniu śródtorebkowem, lub też do kanału rdzeniowego. Zabieg pierwszy, wstrzyknięcie śródtorebkowe, jest bądź co bądź zabiegiem dla chorego bardzo ciężkim, t. j. silnym, a z powodu powstającej po operacyi rany przez szereg dni trwającym bodźcem.

Początkowo baliśmy się wykonywać nakłucia lędźwiowego, przypuszczając, iż zabieg ten gotów być powodem do wywołania napadów tężcowych. Dopiero po spostrzeżonem w kilku przypadkach działaniu siarczanu magnowego (o czem niżej), zdecydowaliśmy się na wykonanie tego rękoczynu bez obawy ujemnych dla chorego skutków.

Najdzielniejszym środkiem w naszem leczeniu był siarczan magnowy (piśmiennictwa umyślnie nie przytaczam).

Już za czasu mojej działalności w szpitalu zakaźnym Asyl Meidling w Wiedniu miałem sposobność zastosować siarczan magnowy w jednym przypadku tężca u chorego na dur brzuszny w ilości 5 cm^3 10% rozczynu podskórnie, bez żadnych jednak dodatnich wyników. Na moim oddziale w przypadkach drugim do szóstego stosowaliśmy siarczan magnowy podskórnie, a to po przekonaniu się o nieszkodliwości tego środka, początkowo w mniejszych dawkach, a następnie w ilości 3 razy dziennie po 10 cm^3 50% rozczynu, a więc 15 gr »in substantia« na dzień (10—12 dni z rzędu). Mimo jednak dobrych wyników, osiągniętych w pięciu przypadkach, w dwóch ostatnich odstąpiliśmy już od wstrzykiwań podskórnych; powodem tego było nader bolesne wstrzykiwanie, a co najgorsza, utrzymywanie się bolesności na miejscu wstrzyknięcia przez dwa do trzech dni. W ostatnich też dwóch przypadkach przeszliśmy już do wstrzykiwań śródżylnych.

W pierwszym z tych przypadków stosowaliśmy 3 razy dziennie po 10 cm^3 20% rozczynu, a wobec silniejszych objawów ogólnych w przypadku ostatnim podnieśliśmy dawkę na 3 razy dziennie po 15 cm^3 20% rozczynu (9 gr »in substantia« na dzień). Wstrzykiwania wykonywaliśmy 20-centymetrową strzykawką Record do żył ramieniowych i do powierzchownych żył nóg małą igiełką z łatwością. Nigdy nie potrzebowałem uciekać się do odsłonięcia żyły, mimo że chorzy (n. p. ostatni) otrzymywali do 40 wstrzyknięć w ciągu całego leczenia. Żyły, nawet kilkakrotnie nakłute, znosiły wstrzyknięcia tej soli znakomicie. Zwracałem tylko uwagę przy tym zabiegu na wykonywanie wstrzykiwań nader powolne, kroplami, unikając w ten sposób wprowadzenia tak stężonego rozczynu w większej ilości wprost do obiegu krwi, a wywołując w ten sposób szybkie rozcieńczenie rozczynu krwią. Każde wstrzyknięcie śródżylne wywoływało u chorych uczucie »rozlewania się żaru« po żyłach, tak że czasami pod koniec wstrzykiwania chory »cały płonął«. Podmiotowo stwierdzić było można silne zaczerwienienie się skóry na twarzy i w ogóle na całem ciele, czasami występowanie kropel potu. Objawy te jednak już w kilka minut po zabiegu ustępowały zupełnie. W czynności serca nie spostrzegaliśmy większych zmian. Tętno tylko przyspieszało się nieco, następnie zwalniało.

Działanie wstrzykiwań podskórnych, a w ostatnich dwóch przypadkach śródżylnych, było wprost uderzające. Wywoływały one uspokojenie się ogólnych objawów tężcowych, uczucie ulgi, tak że chorzy o te wstrzykiwania (śród-

żylne) wprost się dopraszali. Przy uspokajaniu się objawów powoli cofałem podawane środki, nie usuwając ich nigdy naraz. Na końcu usuwałem oczywiście zawsze morfinę.

Na wprowadzanie siarczanu magnowego do kanału kręgowego nie mogłem się dotąd zdecydować, obawiając się działania porażającego na ośrodki oddechowe, opisanego w literaturze przy takiem wstrzykiwaniu.

Na jedną jeszcze, naszem zdaniem ważną sprawę pragnęlibyśmy zwrócić uwagę, a to porządek stosowania powyżej wspomnianych środków.

Chcąc, o ile to tylko możliwe, zmniejszyć bodźce, wywołane przez te zabiegi, podawaliśmy zawsze najpierw chloral (per os lub per rectum), w pół godziny potem wstrzykiwaliśmy morfinę, a znowu w pół godziny potem wstrzykiwaliśmy śródżylnie siarkan magnowy.

Bezpośrednio dopiero po wprowadzeniu siarkanu magnowego u przygotowanego w ten sposób chorego wykonywaliśmy nakłucie lędźwiowe celem wprowadzenia surowicy. Zawsze trzymaliśmy w pogotowiu chloroform dla ewentualnego uśpienia, gdyby zabieg ten okazał się zbyt silnym bodźcem i wywołał gwałtowny, dla życia niebezpieczny napad. Nigdy jednak nie potrzebowaliśmy w naszych przypadkach uciekać się do tego środka.

L.	Rana	Dni od zranienia: Do pierw. objaw.	Dni od zranienia: Do roz pocz. leczenia.	Trw. leczenia	Surowice	Siar. magnowy	Uwagi
1	Rana szarpana (szrapnel) lewego pośladka	7	10	1½	Podskórnie		Wycięcie i przypalenie brzegów rany. Wyjęcie kuli (Prof. Rydygier). Śmierć wśród ogólnego tężca.
2	Przestrzał goleni	10	11	16	Podskórnie	Podskórnie	Odsłonięcie nerwu kulszowego (Prof. Rydygier). Wyzdrowienie
3	Przestrzał lewej goleni i prącia	13	14	16	Podskórnie	Podskórnie	Wyzdrowienie
4	Przestrzał przez staw barkowy lewy	19	21	18	Podskórnie	Podskórnie	Wyzdrowienie
5	Rana szarpana powikłana złamaniem prawego uda	6	8	2	Podskórnie	Podskórnie	Śmierć z powodu pęknięcia tętnicy udowej
6	Przestrzał prawej goleni	7	9	15	Śródżylnie		Wyzdrowienie
7	Przestrzał prawej goleni	13	13	13	Śródlędźwiowo	Śródżylnie	Wyzdrowienie
8	Rana szarpana lego uda	18	26	17	Śródlędźwiowo	Śródżylnie	Wyzdrowienie

Podając powyżej zestawienie naszych ośmiu przypadków tężca, zauważyć musimy, że przypadek pierwszy nie był leczony siarkanem magnowym, a chory ten zmarł w trzydzieści godzin po dostarczeniu go do szpitala. W przypadku zaś piątym, w którym widzieliśmy wybitne działanie siarkanu, nastąpiła śmierć skutkiem gwałtownego krwotoku z powodu pęknięcia tętnicy udowej.

Wobec małego materyału i stosunkowo dłuższego już nieco okresu wylęgania naszych przypadków (chociaż we wszystkich, z wyjątkiem VII, doszło do objawów ogólnych), daleki jestem od wypowiadania stanowczego zdania o metodzie, tu przytoczonej, stwierdzam zaś tylko, co następuje:

1) Siarkan magnowy, zastosowany podskórnie w roztczynie 50% w ilości 15 gr »in subst.« na dzień przez szereg nawet dni, nie wywołuje żadnych ujemnych dla ustroju skutków, jedynie te podskórne wstrzykiwania są bolesne, a bolesność utrzymuje się szereg dni.

2) Siarkan magnowy, wstrzykiwany śródżylnie w roztczynie 20% 3 razy dziennie po 15 cm³ (9 gr »in subst.« na dzień) nawet przez szereg dni, nie oddziaływa ujemnie na ustrój, przyczem zabieg ten jest w zupełności niebolesny.

3) Tak przy podskórnem, jak przedewszystkiem przy śródżylnem wstrzyknięciu posiada siarkan magnowy, stosowany w dawkach wyżej podanych, wybitne działanie uspokajające drgawki tężcowe tak co do nasilenia, jak i częstości.

4) Wyniki, jakie osiągnęliśmy w naszych przypadkach, zachęcają do stosowania siarkanu magnowego w dawkach dużych (podskórnie 15 gr, śródżylnie 9 gr., dziennie). Ze względu zaś na szybko występujące działanie i zupełną bezbolesność zaleca się stosowanie siarkanu magnowego śródżylnie.

Z krajowego Zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie.

Przypadek twardziny skóry powikłany otępieniem wczesnem

podał

Hadryan Demianowski

Przypadek, który pragnę omówić, nie ma wywiadów. Nie można dostać ich ani od samej chorej, dziś już znacznie otępiałej, a w każdym razie w wysokim stopniu negatywistycznej, ani od rodziny, która sama ze zdziwieniem dopytuje się o czas wystąpienia charakterystycznych zmian na skórze, ani wreszcie z historyi choroby, która, pochodząc z zakładów psychiatrycznych, mało tego rodzaju zmiany uwzględnia lub je zupełnie pomija. Jedyną wzmianką jest twierdzenie chorej, zapisane w historyi choroby zakładu Steinhof (r. 1910), że podczas pobytu w domu w czasie zwolnienia choroby umysłowej bolały ją palce, co jej miało przeszkadzać w robotach ręcznych.

W zakładzie kulparkowskim pozostaje chora od dnia 25 czerwca 1912 (przywieziona z zakładu w Steinhof) z powodu parainodalnej formy otępienia wczesnego (dementia praecox paranoides). Omówienie stanu umysłowego zostawiam na koniec.

Chora 34-letnia, dziedzicznie nie obciążona, wzrostu nizkiego (138·2 cm), o kośćcu drobnym, waży 47 kg. Czaszka symetryczna (o następujących wymiarach: dług. najw. głowy= 17·5 cm, szer. najw. głowy = 15·0 cm, wys. głowy= 11·7 cm). Owłosienie średnio obfite o charakterze kobiecym, włosy suche. Skóra śniadawa, z odcieniem różowym, nie okazuje wyraźniejszych różnic w pigmentacyi. Palce blado-sine. Błona śluzowa na podniebieniu bardzo blada; brak siekaczy szczęki górnej, dolne wybitnie poprzecznie prążkowane (rycina), typowe zęby tężyczkowe, głęboko obnażone z dziąseł. Język wysunięty drży. Usta o wargach wązkich, pokreślone koncentrycznemi zmarszczkami. Skóra czoła przy schmurzeniu układa się w części środkowej w długie podłużne zmarszczki. Gruczoł tarczowy

bardzo słabo macalny; sutki dziewicze. Nieznaczne skórne przykurczenia w stawach łokciowych.

Skóra, bez zmian wybitnych na twarzy, od szyi począwszy w kierunku ramion i piersi coraz twardsza, coraz mniej sprężysta. Na skórze brzucha, przedramion i na palcach rąk zmiany te dochodzą najwyższego stopnia: skóra nieco zaczerwieniona, o ciepłocie takiej samej, jak ciepłota miejsc, niezajętych sprawą chorobową, twarda, zbita, napięta, niepodatna, na przedramieniu i palcach zrosła prawdopodobnie z tkankami głębszemi, nie da się ująć w palce. Końcowe człony palców nie zwężone (jak to bywa przy akromikrii), ale skrócone, paznokcie częściowo zniekształcone i szponowato zagięte, częściowo zanikłe w postaci drobnych blaszek. Na kończynach dolnych zmiany znacznie mniejsze; skóra daje się ująć w fałd, nieco twardsza i zbitsza na grzbiecie stóp. Paznokcie bez zmian. Sinica stóp. Posunięcie główką szpilki po miejscach schorzałych pozostawia po sobie dość długo trwającą smugę białą (dermografia biała). Na plecach niema żadnych zmian.



W pracowni rentgenologicznej kliniki wewnętrznej we Lwowie dokonał kol. Dr Pańczyszyn zdjęć z głowy, rąk i stóp chorej. Niestety obecnie skutkiem wojny i nieobecności kol. Pańczyszyna płyt tych niemożna odszukać. O ile sobie przypominam, to zmiany w kościach, na rentgenogramach nie ograniczały się tylko do obwodowych odcinków kończyn górnych, ale w równej mierze występowały na palcach stóp.

Badanie krwi (Prof. Hornowski) wykazuje: hemoglobiny 120, czerwonych ciałek 7,175.000, białych ciałek 8.600, wielojądrzastych 68%, limfocytów dużych 13%, limfocytów małych 14%, przejściowych 5%, neutrofilów 88%, eozynochłonnych 12%, myelocytów neutrof. 4% Bardzo nieliczne czerwone ciała jądrzaste. Wogóle więc stwierdzono zwiększenie ilości czerwonych ciałek, zwiększenie ilości limfocytów, zwiększenie ilości eozynochłonnych, nieliczne czerwone ciałka z jądrami. Próba Wassermanna: + + +

Stan narządów wewnętrznych: Drugi ton nad tętnicą płucną zaostrzony. Zmiany gruźlicze w płucach. Ciepłota pod pachą 36·8 C. Tętno 84. Mocz bez cukru i białka.

Badanie układu nerwowego w zakresie nerwów mózgowych poza lekkiem drżeniem języka nie wykazuje zmian. Odruchy okostne kończyn górnych słabe, równe; siła motoryczna mała. Odruchy kolanowe równe, bardzo żwawe (pseudoclonus), ze ścięgna Achillesa także równe, choć mniej żwawe. Odruch paluchowy: zgięcie ku podeszwie. Objawu Romberga niema. Czucie bólu i ciepłoty, o ile stan umysłowy chorej pozwala na wyciąganie wniosków z badania, tak na miejscach, zajętych sprawą chorobową, jak i na miejscach zdrowych zmian nie wykazuje.

Pobudliwość nerwów na prąd stały przedstawia się w sposób następujący: Skurcz mięśni przy drażnieniu nerwu łokciowego: zamknięcie katody = 3 M A, zamknięcie anody = 3·5 M A, tężec przy zamknięciu katody = 4·8 M A, otwarcie anody = 5 MA. Z nerwu twarzowego: zamknięcie katody = 1·2 M A, zamknięcie anody = 3·2 M A.

Badanie okulistyczne: Cataracta punctata oculi utriusque.

Wychodząc z poglądu, ogólnie dziś przyjętego, a odmawiającego sklerodaktylii stanowiska samoistnego, nie możemy sprawy chorobowej u naszej chorej uważać za kombinacyę sklerodaktylii ze sklerodermią, natomiast rozpoznanie nasze będzie opiewać: sklerodermia diffusa. A o ile uwzględniamy i okres rozwoju cierpienia, to dodamy: stadium indurativum.

Chociaż sklerodaktylia ma szereg cech, bardzo dla niej znamiennych, jak n. p. zajęcie sprawą chorobową tkanek głębszych, symetryczność, częstość zmian w odżywianiu, jednakże z powodu braku jakichkolwiek różnic anatomo patologicznych, wyodrębniających ją od twardziny innych miejsc skóry, oraz z powodu rzadkości występowania z osobna, musimy jej odmówić znaczenia jednostki chorobowej.

Rozmieszczenie zmian chorobowych na skórze w przypadku naszym nie odpowiada ani przebiegowi nerwów, ani segmentom rdzenia. Lewin i Heller wspominają w swej monografii o 21 przypadkach zebranych z piśmiennictwa, gdzie sprawa toczyła się w zakresie nerwów obwodowych i to najczęściej w zakresie nerwu trójdzielnego. Dinkler spostrzegał zmiany w zakresie nn. międzyżebrowych, Neumann w zakresie n. promieniowego. Inni antorzy natomiast widzieli zmiany twardzinowe w zakresie pewnych segmentów rdzenia (Lilienthal, Guth, Kalb).

Co do zmian w pigmentacyi, to mimo, że należą one do najczęstszych, niema ich w naszym przypadku.

Angielscy autorzy (Crocker, Herringham) spotykali wczesną utratę zębów, według ich zdania prawdopodobnie skutkiem zmian w odżywieniu dziąseł. Naszej chorej, mimo, że ma dopiero 34 lat, brak zębów górnej szczęki, a dolne bardzo wystają z dziąseł, częściowo może skutkiem braku zębów przeciwniczych, a częściowo z powodu zaniku błony śluzowej dziąseł.

Podawanych w piśmiennictwie podmiotowych zmian czucia pod postacią parestezyi, stan umysłowy naszej chorej stwierdzić nie pozwala.

Badania nad stosunkiem wzajemnym składników krwi nie doprowadziły do wyników zgodnych. Szereg jednak autorów przechyla się do zdania, że występuje eozynofilia, co było także i w naszym przypadku.

Próba Wassermanna dodatnia u naszej chorej nie przesądza sprawy co do kiły. Niektórzy autorowie zaliczają sklerodermię do szeregu tych chorób, które jak trąd, framboezya, zimnica, płonica, bez względu na kiłę dają dodatni wynik próby Wassermanna*).

Gruczoł tarczowy powiększony spostrzegali Mayer i Jonas; Schäfer natomiast zanik gruczołu; inni wreszcie znajdowali tarczycę niezmienioną.

Co się tyczy zmian paznokci, to Lewin i Heller znaleźli je w 11% przypadków, podanych w piśmiennictwie.

Zmiany w sercu najczęściej są czynnościowe. Hoppe-Seyler tłómaczy zaostrzenie drugiego tonu nad tętnicą płucną przejściem sprawy chorobowej na narządy głębiej położone, w tym przypadku na płuca.

Postrzegane różnice w ciepłocie miejsc zdrowych a miejsc zajętych twardziną wynosiły do 1·5° C. na niekorzyść strony chorej (Kaposi). Maćre znalazł tesame różnice.

Poza objawami, wyżej omówionymi, a należącymi do obrazu twardziny skóry, znaleźliśmy kilka innych, które skierowały uwagę naszą w kierunku tężyczki. Jakkolwiek historya choroby nic o napadach tego rodzaju nie wspomina, nie wyłącza to jednak możliwości przeoczenia ich tylko, zwłaszcza gdy uwzględnimy, jak łatwo mogły ginąć dla oka wśród manier i stereotypii. Poprzeczne prążkowanie siekaczy, prawie znamienne dla tężyczki, a odpowiadające swą ilością zaostrzeniom cierpienia, jest w naszym przypadku nadzwyczaj typowe. Również wybitnym szczegółem

*) Kaplan D. M. The Wassermann test. Some factors of non specific. inhibition. New York med. Journ. 1912.

rozpoznawczym jest zaćma (cataracta punctata). Jakkolwiek tak ważnej pod względem rozpoznawczym wzmożonej pobudliwości nerwów na prąd elektryczny stwierdzić nie mogliśmy, to fakt ten można sobie tłomaczyć zmianami w przewodnictwie i zbitości odpowiednich odcinków skóry, chorobowo zmienionej. To samo odnieść możemy i do braku dodatniego objawu Chvostka sen. W każdym razie różnica między napięciem prądu, potrzebnego do wywołania minimalnego skurczu tężcowego, wynosząca 1·8 M A, jest zbyt małą i polegać musi na wzmożonej pobudliwości. Powyższe jednak dodatnie objawy pozwalają z całem prawdopodobieństwem mówić o przebytej lub ukrytej tężyczce.

Przypadek nasz wikła jeszcze psychoza, która w znacznym stopniu utrudniła badanie, a uniemożliwiła zebranie danych podmiotowych i wywiadowych.

Chora nasza po nieudanym zamachu samobójczym przywieziona została na klinikę psychiatryczną w Wiedniu, a stamtąd do zakładu dla umysłowo chorych w Steinhof. Badanie w tym zakładzie wykazało: niedołęstwo (imbecillitas); cechy charakterystyczne dla otępienia wczesnego: brak kontaktu czuciowego z otoczeniem, oderwanie się od rzeczywistości (fantazyowanie), zamknięcie się w sobie, sztywność afektu, urojenia prześladowcze przeważnie o zabarwieniu erotycznem (pozbawienie dziewictwa przez lekarza), omamy słuchowe i czucia cielesnego (operacye na częściach rodnych, szczypanie). W czerwcu r. 1912 przewieziona do zakładu w Kulparkowie, początkowo miała chora tesame urojenia. Obecnie z powodu otępienia wtórnego mało produktywna; daje się jednak stwierdzić w wysokim stopniu oderwanie się od rzeczywistości, chora żyje w świecie własnej fantazyi, nie zwracając żadnej uwagi na otoczenie. Monotonne, dziecinne, niemodulowane zachowanie się, negatywizm, skłonność do stereotypii ruchowych.

Na tej podstawie rozpoznać dziś możemy otępienie wczesne pod formą katatoniczną (dementia praecox katatonica).

Piśmiennictwo: Obszerne omówienie twardziny skóry znaleść można w następujących pracach: 1) Cassirer: Die vasomotorisch-trophischen Neurosen. 1912. 5) Kaposi: Lehrbuch der Hautkrankheiten. 3) Kaposi: Zwei Fälle von Sklerodermie. Wien. klin. Woch. 1895. 4) Krzyształowicz: Przyczynek do histologii twardziny skóry. Przegl. lek. r. 1905 Nr. 34 i 35. 5) Lewin u. Haller: Sclerodermie 1895.

Z Zakładu farmakologicznego Uniwersytetu Lwowskiego.
Dyrektor: Prof. Dr L. Popielski.

Alkohol i wydzielanie soku żołądkowego.

Podał

Dr L. Warchoł,
asystent Zakładu.

(Dokończenie).

Doświadczenie XIV.

16. I. 1914. Pies »Kudłaty« 17,500 klg wagi z przetoką żołądkową i dwunastniczą. Żołądek przepłukany przed rozpoczęciem doświadczenia.

O 8 h 20′ zaczęto zbierać sok żołądkowy.

O 9 h 00′ zebrało się 14,0 ccm soku żoł., odtąd co 5′: 2,0 1,0 1,0 0,5 0,5.

O 9 h 25′ wprowadzono psu do dwunastnicy 100 ccm 30% alkoholu w przeciągu 2′30″; pies oblizuje się silnie.

O 9 h 30′ początek zbierania soku żołądkowego: w odstępach 5′ zebrano: 4,5 16,5 11,0 8,5 3,0 3,5 3,0 1,0 razem 51,0 ccm w przeciągu 40 minut.

W tem doświadczeniu wydzielanie rozpoczęło się po 5′, co czyni prawdopodobnym udział bodźca psychicznego w przebiegu wydzielania, trwającego przez 40 minut. Ilość zebranego soku żołądkowego wynosiła 51,0 ccm.

Prawdopodobieństwo powyższego przypuszczenia jeszcze więcej uwidacznia się w doświadczeniu XV, w którem taka sama, 30,0 gr wynosząca ilość alkoholu u tegoż samego psa »Kudłatego« wywołała w przeciągu 2 godzin wydzielanie 119,5 ccm soku żołądkowego.

I w tem doświadczeniu XV wydzielanie soku rozpoczęło się po upływie 5 minut.

Doświadczenie XV.

19. I. 1914. Pies »Kudłaty« 17,500 klg wagi z przetoką żołądkową i dwunastniczą.

O 8 h 15′ początek zbierania soku żołądkowego.

O 9 h 15′ w próbówce zebrał się płyn gęsty, śluzowaty, oddziałujący zasadowo.

O 9 h 20′ wprowadzono do dwunastnicy w przeciągu 2′30″ 100 ccm 30% alkoholu; pies silnie się oblizuje i łyka ślinę.

O 9 h 25′ zaczęto zbierać sok żołądkowy; o g. 9 h 30′ zaczyna się pojawiać sok. Odtąd co 5′ otrzymano: 3,0 3,0 2,0 2,0 1,0 3,0 5,0.

O 9 h 30′ pies staje się niespokojnym, rzuca się na wszystkie strony.

O 10 h 07′ ruchy wymiotne, przyczem odrazu wylewa się większa ilość soku żołądkowego. O g. 10 h 13′ pies niespokojny, rzuca się.

Wydzielanie soku co 5′: 11,0 4,5 4,0 6,0 4,5 7,5 8,0 4,5 7,5 7,0 8,0 5,5 6,0 5,0 5,0 4,0 4,0 razem 119,5 ccm w przeciągu 2 godzin.

W następnem z rzędu doświadczeniu XVI wprowadziłem psu »Kudłatemu« 40,0 gr alkoholu do dwunastnicy. Jednak ilość wydzielonego soku żołądkowego nie okazała się większą w porównaniu z ilością soku w doświadczeniu XV.

Doświadczenie XVI.

23. I. 1914. Pies kudłaty 17,500 klg wagi z przetoką żołądkową i dwunastniczą.

O 8 h 45′ rozpoczęto zbierać sok żołądkowy.

O 9 h 45′ zebrany w probówce płyn jest gęsty, śluzowaty, oddziałujący zasadowo.

O godz., 9 h 45′ wprowadzono do dwunastnicy w przeciągu 2′30″ 100 ccm 40% alkoholu; pies oblizuje się często.

O 9 h 50′ rozpoczęto zbierać sok żołądkowy.

O 9 h 55′ brak wydzielania soku.

O 10 h 00′ rozpoczyna się wydzielanie; co 5′ zbierano: 5,0 2,6 1,4 2,5.

O godz., 10 h 50′ pies sprawia wrażenie pijanego.

Dalsze wydzielanie: 1,5 2,5 2,5 2,0 1,5 3,0 5,5 7,0 4,0 6,0 6,0 6,5 3,5 3,0 3,0 2,0 1,0 1,0 razem 73 ccm w przeciągu 2 godzin.

O godz., 11 h 15′ pies trochę niespokojny, źrenice wązkie, oddziałują na światło; — pies interesuje się otoczeniem.

Jak widzimy, po wprowadzeniu 40,0 gr alkoholu wydzielanie soku żołądkowego rozpoczęło się dopiero po 10′. Po upływie 15 minut od chwili wprowadzenia wystąpiły wyraźne objawy ogólnego działania alkoholu: pies sprawiał wrażenie pijanego, zwiesił głowę w dół i słabo oddziaływał na wołanie. W pierwszych 45 minutach wydzielanie było względnie słabe i znacznie mniejsze w porównaniu z ilością soku, wydzielonego przez taki sam czas w doświadczeniu XIV i XV. Mianowicie w tych doświadczeniach wydzieliło się w ciągu 45′ po wprowadzeniu 20,0 i 30,0 gr alkoholu 51 ccm i 34,5 ccm soku, w doświadczeniu zaś XVI po 40,0 gr alkoholu tylko 21,5 ccm soku. W drugiej godzinie wydzielanie było większe i wynosiło 50,0 ccm, przyczem równocześnie wystąpiło zmniejszenie objawów ogólnego działania alkoholu: pies podniósł głowę i zaczął się interesować otoczeniem.

Na uwagę zasługują doświadczenia XVII i IX z podskórnem wprowadzaniem alkoholu. Zwłaszcza zajmujący

jest wynik doświadczenia XVII na psie »Czarnym«, które przytoczę w całości.

Doświadczenie XVII.

25. I. 1914. Pies »Czarny« 12,500 klg wagi z przetoką żołądkową i dwunastniczą.

O 8 h 00′ początek zbierania soku żołądkowego, do 9 h zebrano: 10,0., odtąd co 5′: 1,0 0,5 0,5 0,5.

O godz., 9 h 20′ wprowadzono psu pod skórę z każdej strony tułowia po 15 ccm, a więc razem 30 ccm 70% alkoholu czyli 21 ccm alkoholu absolutnego; pies trochę się szamotał.

O godz., 9 h 24′ alkohol wessał się zupełnie z miejsca wprowadzenia.

O g. 9 h 25′ pies zachowuje się spokojnie.

O 9 h 20′ początek zbierania soku: odtąd co 5′: 0,5 0,2 0,3 0,0 1,5 1,5 1,0 1,0 0,5 0,5 0,5 0,5 0,3 0,2 0,3 0,2 0,1.

Jak widać z doświadczenia XVII, wydzielanie soku żołądkowego po podskórnem wprowadzeniu alkoholu było nader małe, niczem prawie nie różniące się od przebiegu wydzielania przed wprowadzeniem alkoholu. Tymczasem doświadczenie IX na psie »Białym« wykazuje wybitny wpływ podskórnego wprowadzenia alkoholu na wydzielanie soku żołądkowego, jakkolwiek ilość alkoholu, obliczona na 1 klg wagi psa, wynosiła tutaj 1,4 gr, gdy w doświadczeniu XVII 1,7 gr.

Również doświadczenia z wprowadzeniem alkoholu do odbytnicy nie wykazały u niektórych psów zgoła żadnego wpływu na wydzielanie soku żołądkowego, pomimo, że niekiedy ilość alkoholu była nawet bardzo wielka. W doświadczeniach tych przed wprowadzeniem alkoholu opróżniano stale odbytnicę z kału, aby alkohol mógł swobodnie działać na błonę śluzową kiszki.

We wszystkich wyżej przytoczonych doświadczeniach badano wpływ małych i średnich dawek alkoholu na czynność gruczołów żołądkowych. Ze względu jednak na przypuszczalny psychiczny charakter wydzielania soku żołądkowego w niektórych doświadczeniach, nie można było, — rzecz jasna, — poniechać doświadczeń z dużemi dawkami alkoholu. Ponieważ alkohol w dużych dawkach znosi czynność ośrodków psychicznych, wiec w razie istnienia psychicznego charakteru wydzielania należało przypuszczać po dużych dawkach alkoholu całkowite zniesienie wydzielania. I rzeczywiście następujące doświadczenie X w zupełności potwierdziło słuszność powyższego rozumowania.

Doświadczenie X.

24. VII. 1913. Pies »Biały« 13,800 klg wagi z przetoką żołądkową i dwunastniczą.

O 9 h 15′ zaczęto zbierać sok żołądkowy, odtąd zebrano co 15′: 3,1 1,5 2,8 2,0 razem 9,5 ccm w ciągu godziny.

O g. 10 h 15′ wprowadzono do dwunastnicy w przeciągu 2′ 100 ccm 50% alkoholu; pies niepokoi się i oblizuje się bez ustanku.

O g. 10 h 20′ pies zwiesza głowę między nogi przednie; sok zaczyna się wydzielać.

O g. 10 h 25′ pies staje się całkiem bezwładnym, zwiesza się na podtrzymujących go sznurkach i nie może utrzymać głowy.

O g. 10 h 27′ pies chrapie; wydzielanie soku prawie się zatrzymuje; serce pracuje energicznie.

O g. 10 h 40′ występuje zupełne zatrzymanie wydzielania soku.

O 10 h 15′ zaczęto zbierać sok co 15′: 13,2 1,7; następnie co 5′: 0,2 0,1 0,2 0,2 0,1 0,0 razem 0,8 ccm w ciągu ½ godziny.

O godz. 10 h 16′ pies przestał oddychać; czynność serca była wybitnie przyspieszona. Zastosowano sztuczne oddychanie, a nadto wstrzyknięto podskórnie 0,01 siarczanu atropiny i przepłukano żołądek i dwunastnicę. Po upływie 10′ rytmicznego ugniatania klatki piersiowej przy równoczesnem wyciąganiu języka powróciły oddechy, początkowo słabe. Następnie pies popadł w stan silnego podrażnienia i szczekał bez ustanku; wstać jednak nie mógł.

O g. 9 h 00′ wieczorem pies pogrążony w głębokim śnie, tak że nie można go zbudzić. Na drugi i trzeci dzień źrenice były jeszcze silnie rozszerzone.

Należy zaznaczyć, że powyższe doświadczenie zostało przeprowadzone na psie »Białym«, który stale oddziaływał na wprowadzenie nawet bardzo małych dawek alkoholu obfitem wydzielaniem soku żołądkowego. Widzimy jednak, że przy wprowadzeniu 3,63 gr alkoholu na 1 klg wagi psa występuje już niebezpieczne działanie alkoholu, a mianowicie porażenie ośrodków oddechowych, a naturalnie także i ośrodków psychomotorycznych. Pomimo, że serce dalej pracowało, jakkolwiek niezmiernie szybko, to jednak wydzielanie prawie całkowicie ustało, wynosząc zaledwie 0,8 ccm soku żołądkowego na 30 minut.

Jeżeli teraz zestawimy wyniki powyżej przytoczonych doświadczeń, to dochodzimy do wniosku, że alkohol w małych dawkach 0,47, 0,94 i 1,5 gr na 1 klg wagi wywołuje wydzielanie tylko u niektórych zwierząt. Natomiast dawki średnie, począwszy od 1,75 gr na 1 klg wagi, wywołują wydzielanie soku żołądkowego u wszystkich badanych przezemnie zwierząt. Przy dawce zaś 3,63 gr na 1 klg wagi ustaje zupełnie wydzielanie soku żołądkowego. Niektóre fakty wskazują, że wydzielanie, jakie w pewnych doświadczeniach występuje, jest pochodzenia psychicznego, to znaczy, że zależy ono nie od działania alkoholu, ale od samego zabiegu, związanego z wprowadzaniem alkoholu Jednym z tych faktów jest zjawianie się wydzielania w 5′ — 8′ od początku zabiegu wprowadzania, co właśnie jest charakterystyczne dla soku »psychicznego«. Drugim faktem, już także wyżej wspomnianym, jest ustanie wydzielania przy porażeniu ośrodków psychomotorycznych, co wynika z faktu porażenia ośrodków oddechowych od dawki 3,63 na 1 klg wagi; ośrodki bowiem psychomotoryczne ulegają wcześniej porażającemu działaniu alkoholu, aniżeli ośrodki oddechowe. Trzecim faktem jest brak zależności pomiędzy ilością wprodzonego alkoholu i ilością wydzielonego soku żołądkowego. Następnie również ważny jest fakt, że wydzielanie soku żołądkowego od tych samych dawek alkoholu daje się spostrzedz tylko u niektórych psów.

Jednakże przytoczone fakty czynią tylko prawdopodobnem przypuszczenie o psychicznym charakterze wydzielania soku żołądkowego po alkoholu. Natomiast wyżej przytoczone doświadczenia stwierdzają w sposób bezwzględnie pewny, że wydzielanie soku żołądkowego po alkoholu jest pochodzenia ośrodkowego, przyczem drogą, po której bodźce dostają się od ośrodków nerwowych do gruczołów żołądkowych, są nerwy błędne.

Doświadczenia, stwierdzające ten wniosek, przeprowadzono 1) na psach po przecięciu nerwów błędnych; 2) na psach z prawidłową innerwacyą gruczołów żołądkowych, ale po podaniu atropiny.

Przecięcie nerwów błędnych wykonano w klatce piersiowej tuż nad przeponą, przyczem stosowano modyfikacyę uśpienia Meltzer - Auera.

Modyfikacya ta polegała na tem, że po wprowadzeniu cienkiego cewnika gumowego do tchawicy usypiano psa głęboko aż do chwili otwarcia klatki piersiowej przez resekcyę IX żebra. W tej chwili służący zaczynał wdmuchiwać ustami powietrze do cewnika i w ten sposób podtrzymywał czynność oddechową zwierzęcia w zmienionych warunkach ciśnienia powietrza na płuca. Ponieważ operacya przecięcia nerwów błędnych trwała bardzo krótko, więc zwierzę nie budziło się i nie przeszkadzało własnymi ruchami oddechowymi zaszyciu rany w klatce piersiowej. Zaznaczyć należy, że, jeżeli się przetnie nerwy błędne ile możności nizko, to zwierzęta znoszą operacyę bardzo dobrze i nie dostają — oprócz kilkakrotnych wymiotów w pierwszych dniach po operacyi — żadnych niebezpiecznych objawów. Naturalnie trzeba śledzić czynność żołądka, którego czynność, zwłaszcza ruchowa, jest znacznie upośledzona.

Otóż na jednym z tak przygotowanych psów przeprowadzono doświadczenia nad wpływem alkoholu na wydzielanie soku żołądkowego. Wszystkie doświadczenia zgodnie wykazały, że alkohol u psów z przeciętymi nerwami

błędnymi nie wywołuje wydzielania soku żołądkowego. Jedno z tych doświadczeń, wykonanych na psie »Żółtym«, przytoczę w całości.

Należy jeszcze zaznaczyć, że u psów z przeciętymi nerwami błędnymi rozwija się z czasem stan nieżytowy żołądka, z którego stale wydziela się nieznaczna ilość soku żołądkowego, zmieszanego ze śluzem. Otóż taki właśnie stan był i u psa »Żółtego«.

Doświadczenie I.

8. III. 1913. Pies »Żółty«, 24 klg wagi, z przetoką żołądkową i dwunastniczą oraz z ezofagotomią. Nerwy błędne przecięto w klatce piersiowej. Żołądek przepłukany przed doświadczeniem.

O g. 8 h 00′ zaczęto zbierać sok żołądkowy.

O g. 9 h 30′ zebrało się po upływie 1 h 30′ 2,5 ccm soku żołądkowego.

O g. 9 h 35′ wprowadzono do dwunastnicy 50 ccm 50% alkoholu czyli prawie 1,0 gr na 1 klg wagi psa.

O g. 9 h 35′ przystawiono cylinder kalibrowany; zebrało się co 15′: 0,2 0,3 1,2 1,2 razem 2,9 ccm w ciągu godziny.

W tem doświadczeniu pies dostał 1,0 gr alkoholu na 1 klg wagi. Jednak inne doświadczenie, w którem ilość podanego alkoholu wynosiła 0,45 gr na 1 klg wagi, dało taki sam wynik, to jest nie nastąpiło żadne wydzielanie.

Do doświadczenia z atropiną wybrano psa z nieuszkodzonymi nerwami błędnymi. Psu temu po poprzedniem podaniu atropiny wprowadzono do dwunastnicy 1,6 gr alkoholu na 1 klg wagi, to jest taką dawkę alkoholu, która u wszystkich badanych psów wywołała wydzielanie soku żołądkowego. Doświadczenia z atropiną nie są przyjemne, gdyż zwierzęta popadają w stan silnego podniecenia, rzucają się, wyją, wyrywają się ze stojaka i t. p. Wypływająca z przetoki żołądkowej ciecz była niejednokrotnie niczem innem, jak tylko już dawniej wydzielonym, a dopiero teraz wyciśniętym z pośród fałdów błony śluzowej sokiem żołądkowym. Dlatego to nie przerywa się czasem wypływ cieczy, wprawdzie słabo kwaśnej i mocno śluzowatej, co też właśnie było w następującem doświadczeniu.

Doświadczenie IV.

31. III. 1913. Pies »Czarny«, 16 klg wagi, z przetoką żołądkową i dwunastniczą. Żołądek przepłukano przed doświadczeniem.

O g. 8 h 10′ nastawiono cylinder do zbierania soku.

O g. 8 h 25′ wydzieliło się 2,0 ccm soku żoł., o g. 9 h 10′ 8,0 ccm, czyli 10 ccm w przeciągu godziny.

O g. 9 h 13′ wprowadzono psu podskórnie 0,6 ccm 1% atropiny, świeżo przygotowanej.

O g. 9 h 23′ występuje u psa silny niepokój; źrenice są silnie rozszerzone.

O g. 9 h 29′ wprowadzono po raz drugi podskórnie 0,5 ccm 1% atropiny.

O g. 9 h 10′ nastawiono cylinder do zbierania soku żoł. Odtąd wydzielanie co 10′: 2,3 2,2 1,3 razem 5,8 ccm w ciągu 30′.

O g. 9 h 40′ wprowadzono psu do dwunastnicy w przeciągu 1′ 50 ccm 50% alkoholu czyli 1,56 gr na 1 klg wagi psa.

O g. 9 h 42′ pies staje się niespokojnym, rzuca się, wyrywa się, piszczy ochryple; źrenice są ad maximum rozszerzone.

O g. 9 h 45′ pies rzuca się tak silnie, że trudno go utrzymać w stojaku.

O g. 9 h 50′ pies uspokoił się, zwiesił głowę w dół.

O g. 9 h 50′ wydzieliło się 2,1 ccm soku, o 10 h 10′ 3,4, razem 5,5 ccm w ciągu 30′.

O g. 10 h 15′ pies rzuca się i co chwila zwraca głowę w tę lub ową stronę.

O g. 10 h 25 pies silnie podniecony, rzuca się tak gwałtownie, że musiano przerwać doswiadczenie.

O g. 10 h 25′ wydzieliło się 1,0 ccm soku żoł.

O g. 6 h 00′ pies zjadł kolacyę, wesoły.

O g. 7 h 30′ źrenice jeszcze rozszerzone.

Jak z powyższego doświadczenia widzimy, alkohol nie wywołuje po atropinie wydzielania soku żołądkowego. Fakt ten jest dalszem stwierdzeniem wniosku, wyprowadzonego z doświadczeń na psach z przeciętymi nerwami błędnymi, że alkohol w przypadkach wywołania wydzielania soku żołądkowego wywiera swój wpływ przez ośrodki nerwowe.

Badania moje przedstawiają sprawę działania alkoholu na gruczoły żołądkowe w świetle odmiennem od dotychczasowego.

Można wprawdzie uważać jeszcze za niezupełnie rozstrzygnięty wniosek, że alkohol w średnich dawkach 1,7 gr na 1 klg wagi wywołuje wydzielanie nie sam przez się, ale przez psychiczne oddziaływanie na zwierzęta samego zabiegu wprowadzania; niemniej jest faktem zupełnie pewnym, że alkohol wywołuje wydzielanie jedynie przez ośrodki nerwowe. W każdym razie tylko począwszy od dawek 1,7 gr alkoholu na 1 klg wagi zwierzęcia, można mówić o działaniu, — naturalnie bezsprzecznie ośrodkowem, — alkoholu na gruczoły żołądkowe. Badania moje mają znaczenie nietylko teoretyczne, ale także pozwalają na wnioski praktyczne. Przedstawiłem, jak bardzo jest prawdopodobnem, że całe wydzielanie soku żołądkowego pod działaniem alkoholu jest wyrazem wpływu psychicznego, związanego z wprowadzeniem alkoholu. Widzieliśmy, że występuje ono tylko u niektórych psów, co niewątpliwie zależy od usposobienia, od pewnego — że się tak wyrażę — nastroju psychicznego. Jeżeli zaś koniecznie potrzebna jest obecność nastroju, to w takim razie zupełnie zbędne jest używanie alkoholu dla wywołania wydzielania soku żołądkowego, gdyż tam, gdzie niema usposobienia, alkohol nie wywoła wydzielania.

Badania moje ustalają ze znaczną dokładnością dawkowanie alkoholu I tak dawki 0·4, 0·8, 1·2 gr należy uważać na podstawie doświadczeń na psie »Kudłatym« za dawki małe. Dawkę 1·6 należy uważać za średnią, zaś dawki blizkie 2·00 za duże, a dawkę 3·63 na 1 klg wagi już prawie za śmiertelną. Jeżeli przenieść to na człowieka, ważącego 72 klg, to dawkami małemi będą 28·8, 57·6, 115·2, dawką dużą 144,0 a dawką śmiertelną 165,6. Widzimy więc, jak blizkie dawek śmiertelnych są dawki duże i jak łatwo wobec tego w praktyce przekroczyć dawkę maksymalną.

Spostrzeżenia dotyczące cholery w r. 1915.

Podał

Dr Władysław Dziewoński.

(Dokończenie).

Na zasadzie teoryi tworzy Roger nową metodę leczenia, którą stosował podczas epidemii w Kalkucie u wielkiej liczby chorych; twierdzi on, że metodą tą można śmiertelność zredukować prawie do połowy. Radzi on podawać nadmanganian potasowy (kal. hyperm.) 0·1:1000 zamiast wody do picia, wzmacniając rozczyn do 0·5:1000, tak, by w ciągu 2 dni użyć do 3 gr. nadmanganianu, albo zamiast tego kolloidalny wodorotlenek nadtlenku manganu, który łatwo zrobić, dając na szklankę wody listek żelatyny białej, zalewając go następnie rozczynem nadmanganianu potasowego do barwy ciemno brunatnej i lekko zakwaszając kwasem solnym (płyn ten pije się łyżkami). Tak pierwszy płyn, jak drugi, mają zamieniać w jednej chwili kwas azotawy na nietrujący azotowy; należy je podawać dopiero w napadzie cholery ciężkiej. W początkowej biegunce (diarh. praem.) nie podaje się tych środków, lecz należy odżywiać pokarmami, wolnymi od połączeń azotowych. W początkowej biegunce radzi Emmerich wspólnie z Raschnigem podawać kwas amidosiarkowy 1:1000 wody, który ma mieć własność prawie natychmiastowego zamieniania kwasu azotawego w wolny azot. Środek ten podawał

pierwszy Gliński w Petersburgu, z 1% rozczynu wodnego co godzinę łyżkę. Nadto radzi Roger stosować wlewania śródżylne 3—4 litry naraz, kontrolowane badaniem ciężaru właściwego krwi; jeżeli ten ciężar wzrósł do 1062, można śmiało wlewać 3—4 litrów, jeżeli jest prawidłowy, to zapad nie zależy od cholery i wlanie takich ilości mogłoby wywołać obrzęk płuc. Wreszcie należy stosować kąpiele i dyetę wolną od połączeń azotowych. Opis metody kończy się słowami; »Sie ist das bedeutendste, was auf dem Gebiete der Choleratherapie überhaupt jemals geleistet worden ist«.

Metodą tą leczyliśmy: 2 chorych na biegunkę choleryczną, 4 na cholerynę i 7 na cholerę ciężką: z nich umarło 3 (przypadki niepowikłane). Jeden z nich przybył w drugim, 2 w trzecim, 3 w piątym dniu choroby. Z kwasem nie robiliśmy doświadczeń.

Leczenie surowicą swoistą. Surowicą przeciwcholeryczną wyrobu Bujwida leczono w epidemii letniej 25 chorych, z nich 8 chorych na cholerynę, 17 na cholerę ciężką. Z pierwszych umarł jeden, u którego przyczyna śmierci niejasna, z drugich 11, (ponieważ jeden umarł na posocznicę = 40%). Wszyscy ci chorzy prócz surowicy dostawali hypodermoklizy i środki wewnętrzne. Podczas epidemii jesiennej leczyliśmy surowicą 31 chorych, z nich umarło 11 = 35·5%. Dane te nie upoważniają do wysnucia jakiegokolwiek wniosku, raz dlatego, że ilość wstrzykiwanej surowicy była mała (po 20 cm³), powtóre, że rzadko (tylko w 3 przypadkach) danem nam było stosować ją w pierwszym dniu choroby. Tuszyński, przy wstrzykiwaniach wielkich ilości, 50—120 gr., podskórnie i śródżylnie podaje śmiertelność 29·9%. Przy wstrzykiwaniach śródżylnych radzi Kraus wstrzykiwać 60 gr. surowicy, rozcieńczonych w 1000 gr. fizyologicznego rozczynu soli. Są to ilości znacznie większe od tej, którą mogliśmy użyć.

Próba leczenia surowicą przeciwdurową. Opierając się na spostrzeżeniu, że mieszane zakażenie cholerą i durem u chorych naszych tak w jesiennej, jak i w letniej epidemii miało przebieg łagodny, szczęśliwy, postanowiliśmy podjąć próbę leczenia chorych na cholerę surowicą przeciwdurową.

Leczyliśmy 4 chorych, wybrawszy bardzo ciężko chorych, u których z góry było rokowanie w najlepszym razie bardzo wątpliwe. Wszyscy dostali po 40—50 gr. surowicy podskórnie jednorazowo, a oprócz tego stosowano inne środki i zabiegi, jak hypodermoklizy, wlewania śródżylne, środki sercowe, kąpiele itd. Pierwszy z tych chorych przebywał typowy stan durowaty (o czem wzmianka powyżej); drugi, ranny w płuco, o odżywieniu podupadłem, szczepiony 2 razy, umarł 8. dnia, surowicę otrzymał 3. dnia choroby; trzeci umarł 9. dnia wskutek krwotoku płucnego (sekcya wykazała zapalenie nerek); czwarty chory, dotknięty cholerynà, wyzdrowiał.

Te wyniki nie zachęciły nas do czynienia dalszych prób; również ze szczepionką przeciwdurową prób nie robiliśmy.

Prowadzenie szpitala.

Szpital w Ł., pomieszczony w klasztorze, składa się z budynku głównego i baraków drewnianych. Z głównego budynku klasztornego zamieniono na sale szpitalne 11 sal, z nich 4 na I piętrze, 7 na parterze, prawie wszystkie wysokie i wielkie: w niektórych pomieściliśmy powyżej 30 łóżek. Łóżek w budynku głównym i barakach jest razem około 800. 4 baraki, otoczone wysokim parkanem z osobną bramą wjazdową, przeznaczono wyłącznie dla chorych na dur osutkowy; tamże znajduje się barak dla niszczenia owadów, osobna kuchnia, kanalizacya, wodociągi.

W budynku głównym sale mają wychodki tuż obok. W każdej sali kran od wodociągu.

Sale są oddzielne, z sobą nie komunikujące, z wyjątkiem 2 na parterze, połączonych z sobą drzwiami. Do jednej z nich wejście wprost z łazienki, obok położonej. Te dwie sale, jedną o 28, drugą o 20 łóżkach, przeznaczono na sale choleryczne, jako główną tę, z której niema wejścia do wychodka, by uniknąć możności dostania się stolca wprost do kanału. Okna, zasłonięte muslinem, w lecie stale otwarte, dają widok na park z okolicznemi drzewami i murawą i dalszy widok aż hen na Tatry.

Łóżko żelazne, siennik słomiany, lub materace, nakryte ceratą, 2 prześcieradłami i dwoma kocami. Pod łóżkiem płaski blaszany emaliowany nocnik ze szczelną przykrywą, zawsze zakryty, przeznaczony na stolec, flaszka na mocz, nocnik porcelanowy bez nakrywy, przeznaczony na wymiociny, nadto przy łóżku ciężko chorego większy kubeł. W szafie 30 blaszanek, do których nalewano gorącą wodę na gorące okłady. Dwa stoły, na jednym lekarstwa, na drugim wielkie naczynia z gorącą kawą, herbatą, winem, limonadą, palniki naftowe »Primus« i sterylizator do hypodermokliz.

Chory, po przyjściu ostrzyżony, wykąpany, namazany naftą i odziany w świeżą bieliznę, przenoszony był lub przeprowadzany do łóżka. Badano chorego zawsze zaraz po przybyciu, jeszcze przed kąpielą i przeznaczano do odpowiedniej sali. Gdy tylko chory dostał się do łóżka, badano go dokładnie i ordynowano leczenie.

Każdy stolec i wymiociny zapisywano na karcie gorączkowej. Pierwszy oddany stolec brano do bakteryologicznego badania, wykonywanego częścią w pracowni Prof. Bujwida, częścią na miejscu przez Dr Bujaka, Dr. Celarkową i przezemnie; czasem przychodzili chorzy bakteryologicznie zbadani z innych szpitali, gdzie badania przeprowadzał Prof. Nitsch.

Zarazki cholery w razie istnienia cholery wykrywano w pierwszym stolcu, wyjątkowo u 2 chorych na setki badań dopiero przy 2. i 3. badaniu.

U ozdrowieńców, jeżeli się mieli zupełnie dobrze, rozpoczynano badać stolce bakteryologicznie po 14 dniach, licząc od dnia zachorowania, — w razie zaś powikłań później, wogóle więc wtedy, gdy już stolce były zbite. Badania te powtarzano 3 razy u każdego chorego na cholerę, dur brzuszny i czerwonkę, w odstępach mniej więcej 5-dniowych. Wiadomo, że od chwili zachorowania na cholerę utrzymują się prątki w stolcu średnio do 14 dni, tylko wyjątkowo dłużej. W naszym szpitalu wykryto 16. dnia prątki u jednego chorego, 18. dnia u 3 chorych, 20. dnia u 2 chorych, 23. dnia u jednego chorego. Wreszcie u chorego, który zachorował 19/6, wykryto prątki cholery jeszcze 22/7, a więc po upływie 34 dni. Dnia 26/7 wstrzyknęliśmy temu roznosicielowi 2 cm³ szczepionki przeciwcholerycznej, a 28/7 dokonane badanie stolca prątków już nie wykazało.

Licząc 14 dni na chorobę i utrzymywanie się prątków w stolcu, zaś 15 dni na 3-krotne badanie stolca co 5 dni, wynosiłby czas pobytu chorego w szpitalu miesiąc: wielu jednak chorych przebywało dłużej, zwłaszcza ranni i chorzy na zakażenia mieszane.

Stolce oddawali chorzy do naczyń z nakrywką i w nich oglądano je podczas wizyt, co jest bardzo ważne, gdyż przy uwzględnieniu reszty badania daje nam wskazówki co do stanu i przebiegu choroby. Po oglądnięciu zalewał je sanitaryusz bacillolem, lysolem lub t. p. i po 2 godzinach lub dłużej wylewał do wychodka. Taksamo i wymiociny zalewano środkami odkażającymi. Jeżeli ciężko chory oddał stolec lub wymioty na podłogę lub w łóżko, wtedy ostrożnie zawijano zanieczyszczoną bieliznę w prześcieradło, zamoczone w środku odkażającym i wprost zanoszono do dezynfektora; wymiociny na podłodze, jako mniej niebezpieczne, zasypywano chlorkiem wapnia, stolce zaś odkażano zgęszczonym rozczynem sublimatu lub bacillolu.

Te środki ostrożności okazały się dostateczne, szczegółowe bowiem badania wody w studniach, gnojówki w zbiornikach, oraz w miejscu jej odpływu na łąkę w odległości około 60 m. od budynku głównego w linii powietrznej nie wykryło ani zarazków cholery, ani durowych, ani czerwonkowych.

W razie śmierci zawijano zmarłego w prześcieradło, zmoczone w rozczynie formaliny, wszystko zaś, co miało bezpośrednią styczność z chorym, a więc siennik, materace, koce, prześcieradła, naczynia do picia lub jedzenia, poddawano odpowiedniemu odkażeniu. Z początku palono słomę, zwłaszcza wilgotną, później jednak odstąpiono od tego.

Ozdrowieńców przeprowadzano wykąpawszy i odziawszy w świeżą bieliznę z sali cholerycznej na sale rekonwalescentów na I piętro, po upływie 14 dni po pierwszym ujemnym bakteryologicznym wyniku badaniu stolca Tylko w razie wielkiej liczby chorych i braku miejsca na salach cholerycznych nie czekano na bakteryologiczne badanie stolca, ale przeprowadzano ozdrowieńców wcześniej. W salach rekonwalescentów mieli ozdrowieńcy już większą swobodę; po pierwszym ujemnym wyniku badania stolca otrzymywali odkażony mundur i mogli się w parku przechadzać. Przed opuszczeniem szpitala ozdrowieńców strzyżono, nacierano naftą, kąpano, odziewano w świeżą bielizną i świeżo odkażony mundur. Skórę zmywano 2% rozczynem lysolu.

My lekarze mieliśmy osobne ubrania, które wdziewaliśmy przed pójściem na sale choleryczne, na trzewikach kalosze zmywane lysolem, płaszcz, na rękach gumowe rękawiczki, których jednak w lecie nie można było używać. Ręce myliśmy różnymi środkami odkażającymi, w końcu jednak tylko 70% alkoholem, który okazał się najlepszym, bo pewnym i nie drażniącym skóry; by zaś używalność jego do właściwych granic zredukować, dodawaliśmy formaliny 40% 5:1000 alkoholu. Sposób ten okazał się bardzo praktycznym.

W zabudowaniach klasztornych, w których mieści się szpital, mieszkało stale około 160 Sióstr i wychowanek, nadto około 70 żołnierzy sanitarnych, a więc wyżej 200 osób. Wszyscy byli szczepieni przeciw cholerze i durowi. Mimo takiej ilości osób w ciągu 16 miesięcy zaszedł tylko jeden przypadek zakażenia cholerą u żołnierza, pielęgnującego chorych cholerycznych, zakończony szczęśliwie. Przyczyną była własna nieostrożność tego żołnierza. Sprawdza się więc dawno znany fakt, że najbezpieczniejszym od cholery jest się właśnie w szpitalu cholerycznym.

Pełna poświęcenia praca około chorych ks. Dr M. Czermińskiego T. J., który dobrowolnie i bezinteresownie pełnił obowiązki kapelana, gotów każdej chwili i w dzień i w nocy chorym nieść pociechę, a nadto uprzyjemniając im chwile dostarczaniem książek i gazet do czytania i rozmową, pełna poświęcenia praca Sióstr pielęgniarek, zasługują na uznanie i wdzięczność.

W końcu jeszcze kilka uwag.

O ile rozpoznanie napadu cholery ciężkiej nie przedstawia trudności, o tyle rozpoznanie biegunki cholerycznej a nawet lekkiej choleryny, zwłaszcza w początkach epidemii, często może być połączone z wielkiemi trudnościami. Nie mówię tu o rozpoznaniu w ścisłem tego słowa znaczeniu, gdyż możliwe jest ono tylko na mocy bakteryologicznego badania stolców, lecz o zoryentowaniu się w przypadku chorobowym.

By wśród większej liczby chorych, naraz dostawionych do szpitala, na razie pobieżnie zoryentować się, n. p. których do której sali przeznaczyć, zakładaliśmy termometry; jeżeli ciepłota była niżej lub około 36°, to uważaliśmy chorego za podejrzanego i przeznaczaliśmy na sale choleryczne, jeżeli wyższa, lub gorączkowa, to przeznaczaliśmy na inne sale i rzadko zdarzała się pomyłka.

Dość często chorzy choleryczni jako pierwszy objaw podają bóle głowy i brzucha, a dopiero zapytani, mówią o biegunce i wymiotach; jeżeli u takiego chorego jest z jakiegoś powodu stan podgorączkowy, n. p. z powodu rany, to można w pierwszej chwili zejść na manowce, przypuszczając np. dur. U kilku chorych, nie rannych, przy pierwszem badaniu, zaraz po przyjściu do szpitala podjętem, stwierdziliśmy stany podgorączkowe, które przy leżeniu w łóżku szybko mijały.

Gdy stolec chorego można zobaczyć, to nietrudne rozpoznanie, jeśli stolec jest ryżowy. Jeśli jednak nie jest ryżowy, to zawsze trzeba mieć w pamięci, że stolec choleryczny bez względu na barwę jest zawsze wodnisty. W najsilniejszych biegunkach niecholerycznych nigdy tej wodnistości stolca nie ma; zawsze znajdzie się w niecholerycznym stolcu śluz, grudki kału, krew skrzepła, gdy choleryczny stolec jest jednostajnie płynny, i to bardzo rychło od rozpoczęcia się choroby. Stolce choleryczne albo są bezwonne, albo słabo cuchną, silnie cuchną tylko w niektórych stanach durowatych. Raz tylko w przypadku paratyfusu B, przebiegającego pod postacią cholery, widziałem stolce zupełnie płynne, od ryżowych tem się tylko różniące, że były jakby popłuczyną mięsną zabarwione, brudne, nieprzejrzyste, ale stolce te nadzwyczajnie silnie cuchnęły; chory z początku wysoko (40° C) gorączkował, później dopiero opadła ciepłota na 35° i już do śmierci nie podniosła się.

Rokowanie w cholerze jest nadzwyczajnie trudne, tak że zawsze trzeba być ostrożnym.

Złym objawem jest czkawka, zbyt wielki spadek ciepłoty, sinica, utrzymująca się mimo wlewań śródżylnych i podskórnych, (bo czasem po jednem już wlewaniu znika i nie powraca), oraz tętno drobne wyżej 100 przy nizkiej ciepłocie, nie poprawiające się mimo leczenia.

Sprawy zawodowe.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska we Lwowie.

Protokół z III posiedzenia pełnej Izby lekarskiej w dniu 11 maja 1916.

Obecni: prezydent Dr Papée, członkowie Dr Kohlberger, Dr Mikołajski, Dr Piaskiewicz, Dr Żukowski, Dr Drzymalik, a Dr Meisels i Dr Kielanowski jako zastępcy, Dr Lachowicz, krajowy referent sanitarny, jako komisarz rządowy.

I. Prezydent, stwierdziwszy ustawą wymagany komplet, wita zebranych po raz pierwszy po 2-letniej przerwie członków Izby, a wspomniawszy w kilku słowach o nieprzerwanej pracy Wydziału w czasie 10-miesięcznej inwazyi i o ciężkich warunkach, wśród jakich się ta praca odbywała, wyraża radość, że Izba może znowu swobodnie i otwarcie pracować dla dobra ogółu lekarzy.

W dalszym ciągu wyjaśnia Prezydent, że zwołanie Izby po odzyskaniu Lwowa było możliwe dopiero w grudniu z. r., posiedzenie to jednak dla braku kompletu nie doszło do skutku. Dziękuje obecnym członkom i p. komisarzowi rządowemu, radcy Dr Lachowiczowi, że mimo trudności przybyli zdaleka na posiedzenie. Następnie stwierdza, że mandaty członków Izby wygasły w lutym 1915. Wydział Izby wyraził zapatrywanie, że przeprowadzenie wyborów jest niemożliwe w czasie, kiedy wielu lekarzy jest nieobecnych, stosunki komunikacyjne utrudnione, i że w myśl ustawy powinna obecna Izba urzędować do czasu, aż będzie możliwe przeprowadzić wybory. Zapatrywanie swe przedstawił Wydział c. k. Namiestnictwu, które je w zupełności podzieliło.

Następnie oddaje Prezydent cześć zmarłemu członkowi Izby Dr Strumieńskiemu, a w końcu daje wyraz ubolewaniu z powodu wywiezienia członka Izby Dra Ziona w dniu 19 czerwca 1915 r.

II. Z kolei przedstawił Prezydent następujące sprawozdanie z czynności Wydziału Izby za czas od ostatniego posiedzenia, t. j. za okres dwuletni.

1) Wygotowano i przedłożono Ministerstwu dla Galicyi, Kołu polskiemu i Namiestnictwu memoryał o podwyższenie dyet dla lekarzy epidemicznych.

2) Przy sposobności przedstawienia się Marszałkowi Niezabitowskiemu prosił Prezydent o poparcie postulatów lekarzy okręgowych. Nadto wniesiono memoryał do Wydziału krajowego, popierający petycyę tychże lekarzy.

3. Wskutek zażalenia Dra Wachnianina i Rosego na sędziego w Rawie r. o bezpodstawne ukaranie ich grzywną za

niejawienie się na komisyi, udało się Prezydyum Izby do Prezydenta sądu. W tej sprawie uzyskano zupełną satysfakcyę dla lekarzy, a Prezydyum sądu poleciło znieść nałożoną na lekarzy grzywnę. Obydwaj lekarze pisemnie podziękowali Izbie za energiczne zajęcie się tą sprawą.

4) Wniesiono memoryał do Ministerstwa spraw wewn. i odniesiono się do Wydziału wykonawczego o liczenie dyet podwójnie za komisye sądowe, trwające ponad 8 godzin i o liczenie podwójnie dyet nocnych. Uchwalono wysłać do Wydziału wykonawczego i do Ministerstwa pismo, ponaglające załatwienie reformy taryfy za czynności sądowo-lekarskie i osobne pismo w sprawie wynagrodzenia za stratę czasu przy tych komisyach.

5) Wniesiono do Ministerstwa spraw wewn. memoryał w sprawie podwyższenia dyet lekarzy sądowych w sprawach karnych.

6) Uchwalono wysłać do Ministerstwa spraw wewn. memoryał w sprawie poprawy stosunków lekarzy więziennych, a równocześnie ogłosić go w pismach lekarskich, rozesłać do Izb austryackich i Wydziału wykonawczego i wysłać deputacyę do Wiednia.

7) Wniesiono memoryał do Rządu o utworzenie katedry dla medycyny społecznej.

8) Wydział Izby zajął się sprawą ułożenia deontologii dla lekarzy zdrojowych. Nad wypracowanym w Wydziale projektem obradowaliśmy wspólnie z delegatami Związku zdrojowisk we Lwowie, przesłaliśmy go Izbie krakowskiej i Towarzystwu balneologicznemu, poczem na wspólnem posiedzeniu obu Izb w Krakowie dnia 5 maja 1915 r. przyjęto kodeks deontologii lekarzy zdrojowych, a rozesłanie go powierzono Izbie krakowskiej.

8) Do Wydziału wykonawczego wniesiono obszerne zestawienie czynności Izby za okres dwudziestoletni, a to w celu przedstawienia działalności Izb na odbyć się mającym XX Wiecu.

10) Zakończono czynności wiecowe; protokół stenograficzny XIX wiecu rozesłano wszystkim Izbom.

11) W sprawie nowego regulaminu i nowego podziału na okręgi wyborcze mieliśmy gotowy projekt do przedłożenia Ministerstwu spraw wewn., który jednakże wskutek wybuchu wojny nie został wniesiony.

12) Ministerstwo spraw wewn. nadesłało następująco pismo: »Z powodu wypadku, w którym osiadły w pewnem mieście lekarz dentysta zamierzał równocześnie w kilku powiatach politycznych wykonywać praktykę lekarsko-dentystyczną, zapadło ze strony Ministerstwa następujące zarządzenie: Rekurs lekarza nie uwzględnia się z powodów następujących: rekurujący wykonywa praktykę lekarską, jeżdżąc z jednej miejscowości do drugiej, ofiarując swe zabiegi lekarskie bez poprzedniego zawezwania przez stronę, względnie posługując się w tym celu agentami, celem uzyskania zamówień. Ten sposób wykonywania praktyki sprzeciwia się postanowieniom dekretu nadwornego z dnia 3/XI 1808 r. L. 16135 i 24/IV 1826 r. L, 11840, według których wykonywanie praktyki lekarskiej jest ściśle związane z miejscem osiedlenia się, na podstawie poprzedniego zgłoszenia u właściwej władzy politycznej i po poprzedniem wezwaniu przez stronę. O tem zawiadamia się c. k. Namiestnictwo dla własnej wiadomości i w celu zawiadomienia władz politycznych I. instancyi«.

13) Do projektu Izby morawskiej, odnoszącego się do utworzenia Związku Izb, zmiany regulaminu wieców i regulaminu dla Wydziału wykonawczego, po przeprowadzeniu obszernej dyskusyi uchwalono nie przyłączyć się.

14) Wydział interweniował kilkakrotnie w przypadkach partactwa lekarskiego, wydawał opinię na żądanie władz cywilnych i wojskowych co do rachunków i honoraryów lekarskich, nadto opiniował liczne podania o koncesye na nowe apteki.

15) Wydział pośredniczył w kilku sprawach spornych między lekarzami a zarządami kas chorych. Przy tej sposobności wydano zarządzenie, by lekarze bez pisemnej umowy, której tekst ma być Izbie przedłożony, nie przyjmowali posad w kasach chorych. Z powodu licznych zatargów uchwalono ułożyć i umieścić w »Głosie lekarskim« wzór umowy i wezwać lekarzy, aby przed objęciem posady nadsyłali Izbie szkic umowy do zatwierdzenia. Wzór umowy wraz z odpowiednią odezwą ogłoszono w pismach.

16) W sprawie zaproponowanego przez Zarząd c. k. fabryk tytoniu wolnego wyboru dla członków rodzin robotników, przy tych fabrykach zajętych, uchwalono oświadczyć się zasadniczo za przyjęciem wolnego wyboru przy leczeniu rodzin, pod warunkiem, że wynagrodzenie nie będzie zasadniczo niższe od ryczałtowego. Upoważniono następnie Wydział wykonawczy i państwowy Związek organizacyi do zawarcia umowy z Zarządem tytoniowym, zaś Towarzystwo dla wolnego wyboru lekarzy w Wiedniu do wprowadzenia całej sprawy w życie w porozumieniu z Izbami i organizacyami poszczególnych krajów.

17) Z powodu zaniedbywania przez lekarzy po uzyskaniu dyplomu obowiązku zgłaszania się w Izbie, uchwalono zamieścić w pismach lekarskich przypomnienie tego obowiązku w formie odezwy, zredagowanej przez Prezydyum. Również uchwalono ogłosić w pismach lekarskich przypomnienie, że lekarze powiatowi i wojskowi, przechodząc w stan spoczynku, obowiązani są zgłosić się do Izby lekarskiej.

18) Z początkiem wojny zajął się Wydział w porozumieniu z referentem sanitarnym Namiestnictwa rozmieszczeniem lekarzy w miejscowościach, pozbawionych służby lekarskiej wskutek powołania do wojska. Celem zabezpieczenia służby w mieście Lwowie i dla Czerwonego Krzyża, rozpisano kwestyonaryusz do lekarzy, pod jakimi warunkami skłonni są obejmować posady. W końcu współdziałaliśmy z Namiestnictwem co do organizacyi opieki dla chorych i rannych, interweniowaliśmy u władz wojskowo-sanitarnych, ażeby lekarzy nie powoływano do szeregów wojskowych, jako zwykłych szeregowców.

19) W czasie inwazyi rosyjskiej Wydział Izby, który pozostał w komplecie we Lwowie, odbywał w miarę potrzeby posiedzenia, załatwiając najpilniejsze czynności i sprawy bieżące, których zakres z konieczności znacznie się uszczuplił. Niekorzystne warunki, wśród jakich Izba się znalazła, nakazywały przezorność w działaniu i powściągliwość w występowaniu na zewnątrz: w ciężkiej i bardzo trudnej sytuacyi staraliśmy się żywotność instytucyi podtrzymać w szczupłem gronie Wydziału i wśród znacznie uszczuplonego koła lekarzy lwowskich. Styczność z kolegami z prowincyi ustała prawie zupełnie. Widomym znakiem działalności były liczne zapomogi, rozdawane wdowom i sierotom po lekarzach, jak niemniej rodzinom lekarzy, powołanych do wojska. Z początkiem inwazyi uchwalił Wydział zapomogi te rozdzielać w miesięcznych ratach, w ten sposób otrzymywało przeszło 70 osób stałe miesięczne płace od października 1914 aż do sierpnia 1915. Wydział udzielił w tym czasie 6.131 koron zapomóg wdowom, sierotom i żonom lekarzy, mimo trudnych warunków finansowych wskutek odcięcia od Wiednia i pocztowej Kasy oszczędności i ustania wszelkich wpływów bieżących.

W czasie inwazyi wystąpiliśmy w kilku wypadkach partactwa lekarskiego, załatwiając je częścią w Wydziale, częścią odstępując Magistratowi celem zapobieżenia nadużyciom.

20) Po odzyskaniu Lwowa zajął się Wydział Izby sprawą szerzenia się epidemii w mieście i kraju. W tym celu odbył Wydział wspólne posiedzenie z fizykiem powiatu lwowskiego i delegatem Starostwa. Na tem posiedzeniu uchwalono wniesienie memoryału w sprawach sanitarnych do Namiestnictwa, Wydziału krajowego, Komendy miasta i Komisyi zdrowotnej przy komendzie etapowej II. armii.

21) Na prośbę Starostwa Wydział wdrożył akcyę pośredniczącą celem uzyskania sił lekarskich do tłumienia epidemii, przesyłając zgłoszenia lekarzy do wiadomości Starostwa.

22) Uchwalono ogłosić wezwanie do lekarzy, by wracali na swe poprzednie stanowiska, a to z powodu braku lekarzy w kraju.

23) Ponieważ zerwanie umowy z Tow. ubezpieczeń od wypadków nie objęło protokołów sekcyjnych, a Towarzystwa od zakładów, względnie od prosektorów otrzymywały odpisy sekcyi, Izba salcburska w celu wypełnienia tej luki uchwaliła odnieść się do wszystkich Zakładów anatomo-patologicznych i prosektorów, by na prywatne żądania Towarzystw tych protokołów nie udzielano. Izba salcburska zwróciła się do wszystkich Izb z prośbą o poparcie tej akcyi. Wydział Izby uchwalił zwrócić się do anatomów patologicznych i prosektorów z przedstawieniem tej sprawy i wezwaniem do przestrzegania, o ile żądanie odpisów nie wychodzi od władz, sądów i t. d.

24) Z powodu zażalenia kilku lekarzy, że w miejscu ich dawnego pobytu służbę epidemiczną lub szpitalną spełniali medycy z pominięciem lekarzy, wnieśliśmy przedstawienie do c. k. Namiestnictwa w sprawie używania słuchaczy medycyny zamiast dyplomowanych lekarzy.

25) W sprawie wywiezienia przez władze rosyjskie jednego członka Wydziału Izby jako zakładnika i kilku lekarzy z innych miejscowości do Rosyi, odniosło się Prezydyum Izby do Ministerstwa spraw zagranicznych i Ministerstwa dla Galicyi z prośbą o poczynienie starań celem uwolnienia ich w drodze wymiany. Równocześnie rozpoczęto starania o uwolnienie lekarzy, pozostających w niewoli jako jeńcy wojenni; prośbę w tym kierunku złożyło prezydyum na ręce JE. P. Namiestnika.

26) Wydział Izby, w wykonaniu nadesłanego przez prof. Marsa wniosku, rozpoczął akcyę, odnoszącą się do ewentualnego odszkodowania strat, poniesionych przez lekarzy, instytucye i czasopisma lekarskie. W celu zebrania materyału uchwalono rozesłać wszystkim lekarzom kwestyonaryusz; zebrane w ten sposób daty mają posłużyć za podstawę dalszej akcyi w tym kierunku.

27) Rada honorowa rozpatrywała w okresie od marca do sierpnia 1914 kilka spraw, z których kilka jest w zawieszeniu z powodu wybuchu wojny i nieobecności stron.

28) Na ponowne zapytanie Związku Tow. asekuracyjnych w sprawie wynagradzania za świadectwa (wypadki), Wydział odpowiedział, że trwa nadal na stanowisku, zajętem przez XVIII Wiec Izb i przy uchwale swej poprzedniej, zgodnej z uchwałą Wiecu. Analogicznie z naszą Izbą postąpiła Izba salcburska i Izba styryjska, z któremi w tej sprawie przeprowadziliśmy korespondencyę.

29) Z powodu powoływania przez niektóre starostwa medyków do czynności lekarskich, odniósł się Wydział do Namiestnictwa z przedstawieniem, by uwzględniano w pierwszym rzędzie dyplomowanych lekarzy. W odpowiedzi Namiestnictwo oświadczyło, że medyków powołuje się tylko w braku lekarzy do danej miejscowości, zaznaczając przytem, że Izba powinna wpływać na lekarzy, by powracali na swe poprzednie stanowiska, o ile nie są związani obowiązkiem służby wojskowej.

30) Grono lekarzy lwowskich zwróciło się do Izby z zażaleniem, że Fizykat miejski wydał w sprawie szczepienia ospy zarządzenie, iż ważne są tylko świadectwa szczepienia, wydane na sporządzonych przez magistrat drukach, a do wydawania takich urzędowych świadectw upoważnił tylko lekarzy miejskich i pewną liczbę lekarzy prywatnych, którzy zgłosili gotowość bezpłatnego szczepienia. Wydział Izby przedsięwziął w tej sprawie natychmiast energiczne kroki u odnośnych władz cywilnych i wojskowych, zarządzenia tego jednak nie udało się cofnąć, gdyż odnośne czynniki zasłoniły się poleceniem władzy wojskowej. Sprawę tę przedstawił Wydział w obszernym memoryale c. k. Namiestnictwu w tej myśli, by na przyszłość przez odpowiednie zarządzenia zapobiedz ograniczaniu praw lekarzy prywatnych.

31) Z analogiczną sprawą zwrócił się do Izby dr Kosterkiewicz z Doliny, któremu c. k. Starostwo zabroniło wydawać urzędowych poświadczeń. Sprawę tę przedstawiliśmy ustnie p. referentowi sanitarnemu krajowemu, a nadto Izba przedłożyła ją c. k. Namiestnictwu. Sprawa ta jest w toku dochodzeń przez c. k. Namiestnictwo.

32) W sprawie niewypłacenia pensyi lekarzowi kasy chorych za czas inwazyi, zwrócił się Wydział do Zarządu tej kasy; interweniował w sprawie oddalenia bez wypowiedzenia lekarza skarbowego w dobrach hr. Potockiego; obie sprawy są jeszcze w toku.

33) Z powodu niewypłacenia pensyi wdowie po lekarzu, zmarłym na tyfus plamisty w Górnej Austryi, odniósł się Wydział dwukrotnie do Namiestnictwa w Lincu, do Izby lekarskiej w Lincu i Namiestnictwa galicyjskiego, prosząc o jak najrychlejsze załatwienie tej sprawy. Otrzymaliśmy zapewnienie urgowania sprawy, znajdującej się w Ministerstwie. Podanie innej wdowy po lekarzu, zmarłym na tyfus, przedłożyliśmy Namiestnictwu.

34) Wskutek poparcia Izby w Namiestnictwie asygnowano jednemu z lekarzy wypłatę rachunku za tłumienie epidemii w kwocie 1.168 kor.

35) Wydział Izby zaopiniował kilka rachunków jużto na żądanie władz cywilnych, lub wojskowych, jużto stron prywatnych, nadto wydał kilkanaście opinii na życzenie władz podatkowych co do obniżenia się dochodu z praktyki prywatnej.

36) Wydział reklamował dwu kolegów, członków Wydziału, od służby wojskowej wogóle; w jednym przypadku prosił o pozostawienie lekarza w służbie wojskowej we Lwowie.

37) Z Instytutu wdów i sierót po lekarzach otrzymaliśmy należny ryczałt za rok 1914 i 1915, w kwocie 2.452 K. i 2428 K., z c. k. Namiestnictwa zaś zasiłek rządowy w rocznej kwocie 8.450 kor.

38) W okresie sprawozdawczym udzielono zapomóg pieniężnych 210 wdowom w łącznej sumie 17.640 koron.

39) Od roku 1914 po dzień dzisiejszy wpisanych do Izby lekarzy zostało 171. Spis lekarzy ogółem wykazuje cyfrę 843, z tego wykreślono z rozmaitych powodów 31, pozostaje więc 812 lekarzy. Z tej liczby pozostaje w okręgu Izby 343 lekarzy, opuściło miejsce pobytu przez wyjazd 138, w służbie wojskowej 141, w powiatach zajętych przez nieprzyjaciela 146, w Rosyi jako jeńcy lub zakładnicy 44.

40) Uwolniono od opłat w całości lub częściowo 50 lekarzy na ogólną sumę 1.320 koron.

III. Po wysłuchaniu sprawozdania Prezydenta zabiera głos Dr Mikołajski i przedstawiwszy, że podczas inwazyi rosyjskiej fungowanie Wydziału głównie przypisać należy Prezydentowi Dr Papeemu, wnosi, ażeby zgromadzenie wyraziło mu podziękowanie. Wniosek przyjęto jednomyślnie.

IV. Dr Mikołajski podnosi sprawę szczepienia i zmonopolizowanie tej czynności przez lwowski Fizykat. Sprawę tę uważa Dr Mikołajski o tyle za aktualną, iż obecnie będzie zaprowadzone prawdopodobnie przymusowe szczepienie przeciw cholerze.

Po wyjaśnieniach Dr Meiselsa, że zarządzenie, ażeby świadectwa szczepienia ospy prywatnych lekarzy były potwierdzane przez Fizykat, nie pochodziło od wojskowości, lecz od Fizykatu lwowskiego, przeprowadzono w tej sprawie szerszą dyskusyę. Protomedyk Dr Lachowicz odpowiada, że wedle jego zdania każdy lekarz ma prawo szczepienia i wydawania ważnych świadectw, usprawiedliwia także zarządzenie władz, ażeby blankiety świadectw były jednolitej formy i tekstu, zauważa jednak, że ogólne żądanie potwierdzenia takich świadectw w każdym wypadku przez fizykaty jest niewłaściwe. Taksamo uważa Dr Lachowicz za wskazane, ażeby szczepienie przeciw cholerze nie było poruczone medykom, ani medyczkom, lecz tylko lekarzom. Dr Kielanowski wyjaśnia, że w projekcie szczepienia przeciw cholerze nie podnoszono ze strony Fizykatu lwowskiego możliwości używania medyków do szczepienia, lecz tylko do czynności pomocniczych. Dr Mikołajski wnosi, ażeby Dr Meisels jako wojskowy referent lwowskiej Komisyi zdrowotnej (Salubritätskommission) wyjaśnił wojskowości zapatrywania Izby lekarskiej w tej sprawie, dalej, ażeby Izba uprosiła obecnego p. Protomedyka o usunięcie na przyszłość nieprawidłowości, a w końcu, ażeby Prezydent w razie dalszych jakichkolwiek ograniczeń w sprawie szczepień wystąpił, gdzie należy, w interesie lekarzy. Wniosek ten przyjęto jednomyślnie.

V. Prezydent referuje znajdujący się na porządku dziennym Statut kasy pensyjnej dla wdów po lekarzach.

Myśl i potrzebę założenia takiej kasy uznano jednomyślnie i przystąpiono do odczytania poszczególnych paragrafów. §. 1. przyjęto; §. 2 przyjęto ze zmianą, proponowaną przez Dr Mikołajskiego, w następującem brzmieniu: »Członkiem kasy może zostać każdy lekarz, przynależny do Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej«. §. 3 i 4 przyjęto, §. 5 przyjęto z dodatkiem po przedostatnim ustępie: »Członek, przenoszący się do innej Izby, może być nadal członkiem kasy pod warunkiem składania oprócz zwykłej opłaty więcej o 50 koron rocznie«. (Wniosek Dra Mikołajskiego) §. 6, 7, 8, 9, 10 i 11 przyjęto w brzmieniu, proponowanem przez Wydział. Przy §. 2 przyjęto wniosek Dra Piaskiewicza, ażeby Wydział Izby w porozumieniu z Towarzystwem lekarzy galicyjskich poczynił kroki, ażeby i lekarze rządowi i inni mogli do tej kasy należeć. §. 12 przyjęto z dodatkiem, proponowanym przez Dra Mikołajskiego w przedostatnim ustępie po słowie »wyczekiwania«: »o ile nie zapłacił z góry za czas wyczekiwania«. §. 13 i 14 przyjęto. W §. 15 uchwalono dodać przy końcu słowa: »ale w takim razie żona nie ma prawa do pobierania pensyi«. §. 16, 17, 18, 19, 20, do 32 przyjęto w brzmieniu, proponowanem przez Wydział Izby.

VI. W imieniu Komisyi rewizyjnej wnosi Dr Żukowski o udzielenie skarbnikowi Wydziału Izby z rachunków absolutoryum. Wniosek przyjęto jednomyślnie.

Higiena społeczna. Epidemiologia.

Epidemia duru powrotnego w Krakowie w r. 1878

napisał **Dr Tomasz Mączka.**[1])

Przed 36 laty panował nagminnie w Krakowie i w okolicy dur powrotny (typhus vel febris recurrens), zwany wówczas także głodowym.

[1]) Artykuł nadesłany Redakcyi »Przeglądu lekarskiego« jeszcze w r. 1914, nie mógł być ogłoszony z powodu wybuchu wojny i zawieszenia wydawnictwa. Niedawno sprawa stanęła znów na porządku dziennym wobec pojawiania się gdzieniegdzie duru powrotnego na terenie wojny.

Okoliczności, w jakich wówczas powstała epidemia tej choroby, znaczne jej rozmiary i przebieg zasługują, jak sądzę, teraz właśnie, w roku głodu, na przypomnienie. Epidemia przyszła znienacka, rosła gwałtownie; szczęśliwym przypadkiem wykończono właśnie w szpitalu św. Łazarza pawilon, przeznaczony dla umysłowo chorych, i można było budynek ten, jeszcze nie oddany do użytku, niezajęty, oddać dla chorych na dur powrotny. Był to istotnie opatrznościowy wówczas zbieg okoliczności, ale nas przezorności niestety nie nauczył i zakładu dla chorób zakaźnych dotąd (1914) nie mamy..

Dur powrotny znają lekarze mniej leciwi w Galicyi *) z wykładów klinicznych tylko i z książki, a większość nie widziała go wcale, bo przez lat ostatnich blizko 40 nie było go u nas zupełnie.

W roku 1877 w Krakowie, w szpitalu św. Łazarza na oddziale I. A, który prowadził wzorowo i z wielkim pożytkiem dla zakładu prymaryusz, wówczas jeszcze docent U. J., ś. p. Dr Stanisław Pareński, leczono w lecie na dur osutkowy (typhus exanthematicus) do 300 przypadków, a w jesieni do 800 osób na zimnicę (intermittens). Od początku tego roku byłem praktykantem szpitalnym na tym właśnie oddziale. Starszych lekarzy szpitalnych przerażało to zagęszczenie się tamtych chorób i obawiali się jakiejś nowej niespodzianki. W ostatnich dniach grudnia pojawił się istotnie pierwszy przypadek duru powrotnego, stwierdzony obserwacyą i badaniem krwi.

W roku następnym 1878, gdy coraz więcej przybywało chorych na dur powrotny na oddział I. A, zarządziła Dyrekcya szpitala zupełne odosobnienie tych chorych, przeznaczywszy dla nich 40 łóżek w pawilonie gotowym, a nie zajętym dla umysłowo chorych i nerwowych. Gdy napływ chorych z każdym dniem się zwiększał, oddała Dyrekcya z pomocą Magistratu krakowskiego na ten wyłącznie cel cały pawilon, gdzie chorzy zajęli wszystkie możliwe ubikacye i korytarze, leżąc na łóżkach i siennikach — pokotem. Od 10 lutego 1878 uznano dur powrotny w Krakowie i okolicy za chorobę nagminną. Z końcem lutego i w marcu bywało w pawilonie chorych na dur powrotny po 200 osób i więcej dziennie, a rzecz dziwna i w epidemiach, mojem zdaniem, bardzo pożądana, w mieście samem nic prawie o tem nie wiedziano. Tłum, czytający ogłoszone po rogach ulic wezwania do gorliwszego wykonywania przepisów sanitarnych, rozpytywał się wzajemnie, gdzie, kto i odkąd choruje? — a do pawilonu na Wesołej prowadzono, znoszono i zwożono coraz więcej chorych. Najwyższa cyfra dotkniętych durem powrotnym przypadała na koniec lutego i początek marca. Z wiosną przybywało chorych coraz mniej, a pod koniec lipca 1878 uznano epidemię za wygasłą. Mężczyzn na wyzdrowieniu przeniesiono do szpitala Bonifratrów, kobiety pomieszczono w starym gmachu szpitalnym św. Łazarza. W czasie całej epidemii duru powrotnego, rzecz charakterystyczna, nie pojawiał się w szpitalu dur wysypkowy, ani zimnica, tak bardzo przed nim zagęszczone. Wszystkich na dur powrotny zapadłych w pierwszych 7 miesiącach roku 1878 było razem 770, z przewagą dość znaczną mężczyzn, tak w zapadaniu samem, jak i co do zejścia śmiertelnego. Śmiertelność z samego duru wynosiła w tej epidemii 5%, wliczając w to i przynoszonych dość często w stanie konania. Wszystko, co tu piszę i uwagi wszelkie odnoszą się jedynie do tej naszej epidemii z r. 1878 i do przypadków, spostrzeganych przezemnie w szpitalu św. Łazarza. Ze względu na wiek zapadało mężczyzn i kobiet najwięcej między 20. a 30. rokiem życia; wiek poza rokiem 60. mniej zdawał się na zarazek wrażliwym, choć po kilka przypadków leczono z obojga płci między 70—80. rokiem życia. Między chorymi w szpitalu przeważała klasa ludzi niższa, z codziennym niedostatkiem walcząca; byli to głównie wyrobnicy dzienni i rzemieślnicy, przeważnie bez zajęcia, służba bez obowiązku, ludzie wałęsający się, pozbawieni lub leniący się pracy, a z inteligencyi w ciągu całej epidemii było w leczeniu szpitalnem zaledwie kilkanaście osób.

Zima w owym roku była bardzo ciężka i bieda ogólna, wielka. Najwięcej chorych przybywało z ogrzewalni miejskich, gromadami prawie: z Kleparza, Kazimierza i z Podgórza; pojedynczo szli z okolicznych wiosek: Łobzów, Nowa i Czarna Wieś, Krowodrza, Zabierzów, Prądnik Czerwony i Biały, Zwierzyniec, Przegorzały, Zakrzówek, Dębniki, Opatkowice, Sidzina, Olsza i t. d. i z różnych ulic miasta. Ogrzewalnie, jako źródła wzajemnego zarażania się, Magistrat dość wcześnie poznosił.

Napadów, czyli powrotów (stąd dur powrotny) bywało od 1—6; większość chorych miewała po 2 i 3 napady, kilkudziesięciu po 4, kilkunastu po 5, a kilku, nawet i wyleczonych, przeszło po 6 bardzo ciężkich napadów. Napad pierwszy trwał zwykle od 2—4 do 6—8, a niekiedy w całej sile i do 10 dni. Pod koniec tak długiego napadu chorzy zazwyczaj ginęli z wyczerpania. Drugi napad i następne bywał o 1—2—3 dni krótszy. Napad 4, 5 i 6 nie przeciągały się pospolicie poza 1—2 dni. Przerwa między napadami wynosiła 3—5 dni, tydzień, a niekiedy i więcej. Chorzy, w tym czasie wolni od wszelkich dolegliwości, przychodzili szybko do siebie, przy niezwykłym apetycie nawet w napadach (co także nazwę duru »głodowego« mogło usprawiedliwiać). Trwanie choroby zależało od ilości i długości napadów, od przerw międzynapadowych i powolnego zdrowienia, przedłużanego nieraz różnemi powikłaniami; średnio wynosiło do 27 dni. Napad każdy zaczynał się i zwykle kończył bardzo silnym dreszczem, często i kilka godzin trwającym, z następową gorączką, prawie stałą, do 42° i wyżej. W tym stanie, przy zupełnej przytomności umysłu, dręczyły chorych nader dokuczliwe bóle w mięśniach, zwłaszcza w łydkach i przy lekkim nawet ucisku.

Cechującym w tej chorobie był język — białawy, żółty, często brunatny, zwykle wilgotny, »sit venia verbo« jak kawał wymokłego mięsa — a jeszcze więcej śledziona, nadzwyczaj szybkim ulegająca zmianom. W pierwszej chwili napadu śledziona, zaledwie, jak stwierdzało opukiwanie, zwiększona, po kilku godzinach, lub po jednej nocy, sterczała pod łukiem żebrowym na dłoń i niżej, jako twardy guz. Nagłe i ciągłe zwiększanie się śledziony zapowiadało koniec choroby niepomyślny i prędki. Z końcem napadu i w czasie międzynapadowym obrzęk śledziony znikał i malał w oczach. W mniejszym stopniu działo się tosamo z wątrobą. W przeciągu całego pierwszego napadu i w dalszych wśród najwyższej gorączki chorzy nie pocili się wcale, natomiast w końcu, po wstrząsającym zawsze dreszczu, popadali w rozlewne poty i w nadzwyczajny upadek sił, z majaczeniami, a ciepłota spadała do 35° i niżej, tętno z 100—140 na 60 i 40 uderzeń na minutę. Stan takiej bezwładności, przy stosownej opiece, przemijał szybko.

W moczu, badanym w pracowni chemii lekarskiej w różnych okresach choroby, znajdowano w napadach barwę winnożółtą, oddziaływanie kwaśne, ciężar gatunkowy 1008—1020—1030, urochrom i uroksantynę silnie zwiększone, mocznik w ilości prawidłowej lub nieco zwiększonej, chlorki zmniejszone, fosforany ziemne i potasowców i siarkany zwiększone, białka zwykle bardzo małą ilość; po napadach białko znikało, a chlorki wracały do stanu prawidłowego.

Przy nekroskopii zauważono prawie u wszystkich zmarłych na dur powrotny mięśnie suche, ciemne, opony mózgowe blade, mózg prawidłowy, w płucach często zapalenie w różnych okresach, lub nieżyt oskrzelowy rozległy i zapalenie opłucnej; serce, wątroba i nerki ulegały zwykle stłuszczeniu; śledziona dwakroć i więcej zwiększona, na przekroju ciemna, z miąższem bardzo wiotkim, kruchym, z wyraźnemi ciałkami Malpighiego; w żołądku i jelitach cienkich śluzówka bywała blada, grudki chłonne w jelitach powiększone.

Dur powrotny wylągł się w Krakowie wówczas między biedakami na tle nędzy i głodu (i stąd zwany »głodowym«), a szerzył się dalej przez zarażanie jednych od drugich. Całe rodziny, z kilku osób złożone, leczono równocześnie w szpitalu, a w starym gmachu chorzy, leczeni na inne choroby, po zjawieniu się duru powrotnego dość często się go nabawiali. Ofiarą zaraźliwości tego duru stał się jeden z kolegów, ówczesnych lekarzy szpitala św. Łazarza, Dr Franciszek Murdzieński i gorliwość swą w pracy około chorych na dur powrotny przypłacił bardzo ciężką, kilkumiesięczną chorobą. Ten sam los spotkał urzędnika szpitalnego, zajętego przechowywaniem i wydawaniem rzeczy chorych na dur w pawilonie. Ze służby szpitalnej zaraziło się kilkunastu posługaczów, z których trzech zmarło, i kilka posługaczek.

Dur powrotny odznaczał się w epidemii krakowskiej w r. 1878 różnemi powikłaniami, występującemi zwykle pod koniec napadu 1—2, a rzadziej 3. Do najpoważniejszych zaliczano zapalenie krupowe płuc i opłucnej. Mniej groźne, a bardzo częste, zwłaszcza w przerwie beznapadowej, bywały: nieżyt jelit, krwotoki jelitowe, nieżyt oskrzeli, nieżyt spojówek, zapalenia tęczówek, uporczywe, wymagające tamponady krwotoki nosowe, czyraki, ropnie powłok. Niemal u każdego chorego po napadach 2 lub 3 występowały obrzęki koło kostek, niedokrwistość, rzadziej obrzęki ogólne bez białka w moczu, które przy dobrem żywieniu i leczeniu krzepiącem ustępowały bardzo prędko. Duru z żółtaczką i przypadami mózgowymi (typhus recurrens bilio-

---

*) Warszawscy lekarze przed kilku laty zapoznali się nanowo z własnego doświadczenia z tą chorobą.

sus) było kilkanaście przypadków, z nich kilka zakończonych śmiercią.

W leczeniu duru powrotnego używano wówczas chininy i kwasu salicylowego w proszkach, kwasu karbolowego w pigułkach, arszeniku w kroplach Fowlera i wyskoku, jako wódki, łyżkami, głównie zaś chininy i wyskoku, które były napewno skuteczne, bo stosowane w większych dawkach od pierwszej chwili napadu obniżały wyraźnie gorączkę, ograniczały obrzęk śledziony, skracały napady i wydłużały przerwy międzynapadowe. Kwas karbolowy wzniecał wcześnie wymioty, salicylowy zawodził. Podawano chininę w napadach 2—3 razy na dzień po 0·70, w przerwach po 0·20 lub 0·15; w razie niedokrwistości z żelazem. W osłabieniach podawano łyżkami wino lub wódkę, łyżeczkami arak, nieraz i eter w kroplach. Powikłania leczono odpowiednio; bóle mięśniowe łagodzono nacieraniami, narkotykami, okładami ciepłymi, prądem elektrycznym przerywanym, w ostateczności morfiną, wstrzykiwaną podskórnie.

I w naszej ówczesnej epidemii szukano swoistego krętka; wówczas jeszcze była to wielka nowość. Znaleziono też wówczas krętki we krwi bardzo wielu naszych chorych, wyłącznie w napadach.

Jako naoczny świadek epidemii i bez przerwy od jej początku aż do wygaśnięcia, już to pod obcem kierownictwem, już to i przeważnie samodzielnie prowadziłem cały prowizoryczny oddział i prawie zawsze sam dokładnie obserwowałem wszystkie przypadki w liczbie 770; historye ich chorób spisałem własnoręcznie, a sprawozdanie złożyłem Dyrekcyi szpitala św. Łazarza 20. X. 1878 r. Na podstawie tegoż sprawozdania składam Kolegom niniejszy opis tej epidemii.

Dotąd o tej tak poważnej wówczas epidemii w Krakowie nikt i słowa nie skreślił.

Opisałem ją obecnie ogólnikowo, dla upamiętnienia i na przestrogę, bo dla chorych zakaźnych budynków nie mamy. Czasy zaś coraz cięższe, jako wówczas były, bieda wśród ludności wielka i zapowiada się większa; stwarza zaś ona podłoże, bardzo dla epidemii podatne. Nie daj Bóg — epidemia podobna, czy gorsza, ciągle grozi, zawsze możliwa.

Wobec faktu, że w powstawaniu epidemii istnieje pewna okresowość, nie bez znaczenia może być i to, że odstęp czasów dzisiejszych od ostatniej u nas epidemii duru powrotnego jest niemal takisam, jak odstęp tej ostatniej epidemii od przedostatniej, która miała grasować w r. 1847, i że niedawno właśnie mieliśmy epidemię duru powrotnego na ziemiach polskich nie dalej, jak w Warszawie, gdzie podobno i teraz jeszcze pojawiają się przypadki sporadyczne tej choroby.

---

†

Dr Józef Peszke.

Śmierć Dr Józefa Peszkego nietylko zmniejsza, i tak już nieliczne, grono pracowników na niwie historyi medycyny polskiej, ale jest też stratą niepowetowaną w innym jeszcze dziale; Peszke był mianowicie pierwszorzędnym, prawdopodobnie najlepszym u nas znawcą słownictwa lekarskiego polskiego zarówno w zakresie historycznego jego rozwoju, jak i co do jego strony językowej. Znawstwo to opierało się na nader rozległych i gruntownych studyach i na głębokiem wniknięciu w ducha naszej mowy, którą Peszke jako pisarz przepysznie władał. Wszystko, co pisał, odznacza się wzorową, na pisarzach najświetniejszych epok naszej literatury kształconą, nieskazitelną polszczyzną i może służyć za przykład pięknej prozy polskiej nietylko rozprawom lekarskim, lecz także każdemu, kto w jakimkolwiek przedmiocie ujmuje za pióro.

Józef Peszke urodził się w Kaliszu w r. 1845; studya lekarskie przebył w Würzburgu, Wrocławiu, gdzie promował się w r. 1871 i Dorpacie, gdzie powtórnie uzyskał dyplom doktorski w r. 1874. Przed laty 40 osiadł w Warszawie, gdzie już do końca życia pozostał, pracując jako chirurg i gdzie doszedł do stanowiska starszego ordynatora szpitala dla dzieci.

Towarzystwo lekarskie warszawskie, w którem był od r. 1884 przez lat szereg wybierany starszym bibliotekarzem, zawdzięcza mu uporządkowanie swego bogatego księgozbioru. Niewątpliwie praca w tym zakresie była jedną z podstaw ogromnej erudycyi Peszkego w zakresie historyi medycyny polskiej i słownictwa lekarskiego polskiego. W obu tych zakresach opublikował Peszke cenne przyczynki. Najcenniejszą jednak puściznę pozostawia Peszke w licznych artykułach, opracowanych przez siebie do »Wielkiej Encyklopedyi ilustrowanej«, w której był redaktorem działu lekarskiego, do »Słownika języka polskiego«, wychodzącego w Warszawie (dotąd nieukończonego), do »Encyklopedyi rzeczy polskich«, oraz do »Biographisches Lexicon der hervorragenden Aerzte«. Prócz tego jest niepospolitą zasługą Peszkego wydanie »Słownika lekarzów polskich« Kośmińskiego. W rękopisie pozostawił ciekawe studyum z pogranicza historyi medycyny (dyetetyki) i kultury p. t. »Historya kuchni polskiej« i niedokończoną »Historyę Towarzystwa lekarskiego w Warszawie«.

Sztuce polskiej, której był wielkim miłośnikiem, obdarzony sam niepospolitym talentem malarskim, przysłużył się opracowaniem i wydaniem znakomitego dzieła Matlakowskiego: »Zdobienie i sprzęt ludu polskiego na Podhalu«, posiadającego wartość zarówno artystyczną, jak i etnograficzną. Jako amator-malarz uprawiał Peszke z zamiłowaniem miniaturę, doprowadzając ją do mistrzostwa. Pamiątką tego pozostał adres lekarzy polskich, złożony Kraszewskiemu podczas jubileuszu w Krakowie w r. 1879, oraz inicyały w księdze pamiątkowej, ofiarowanej prof. Hoyerowi.

Osobno wydanych prac nie pozostawił Peszke wiele: prócz rozpraw doktorskich (o gorączce przyrannej we Wrocławiu, o budowie wątroby w Dorpacie) wyszły drukiem z zakresu ściśle lekarskiego prace Peszkego: »Rana postrzałowa stawu barkowego i t. d.« (1881), »Richanotrepan Stolla« (1889), »Doświadczalny przyczynek do nowych badań nad gorączką przyranną« (1880). — Z dziedziny historyczno-lekarskiej i terminologicznej ogłosił osobno: »Synonimy przymiotu« (1883), »Jak po polsku syphilis mianować należy« (1884), »Przyczynek do dziejów rynoplastyki« (1897), »Z historyi antyseptyki« (1897), »Wojciech Oczko, jako chirurg« (1899), »O Janie Solfie« (1907), oraz szereg życiorysów współczesnych lekarzy polskich. C.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.